FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1966

# THÈSE

N° 514

POUR LE

# DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

par

**Françoise LÉON-DUFOUR**

le 6 SEPTEMBRE 1935 à PARIS-16e

*Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris*

---

Présentée et soutenue publiquement le :

---

## ROLE DE LA COELIOSCOPIE

DANS LE

## DIAGNOSTIC PRÉCOCE DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

(Étude de 72 observations de la Clinique Chirurgicale et Gynécologique de Broca)

---

*PRÉSIDENT :* **M. Jacques HUGUIER, Professeur.**

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

---

Année 1966

T H E S E

pour le

D O C T O R A T  E N  M E D E C I N E

(Diplôme d'ETAT)

L E O N - D U F O U R  Françoise

née le 6 Septembre 1935 à PARIS.

Présentée et soutenue publiquement le 1966

# ROLE DE LA COELIOSCOPIE dans le DIAGNOSTIC PRECOCE DE LA GROSSESSE EXTRA-UTERINE

(Etude de 72 observations de la Clinique Chirurgicale et Gynécologique de l'Hopital Broca)

Président: Monsieur Jacques HUGUIER, Professeur

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK - LEIDEN -

1/1/1966

## PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Leiong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN . . . . . Georges BROUET.

1er ASSESSEUR . . . . . } Daniel BARGETON
2e ASSESSEUR . . . . . } Jean GOSSET

## I. — PROFESSEURS

### 1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

| | MM. |
|---|---|
| Anatomie | DELMAS (A.) |
| Anatomie et cytologie pathologiques | DELARUE (J.) |
| Anesthésiologie | BAUMANN (J.) |
| Bactériologie et virologie | TOURNIER (P.) |
| Biochimie médicale | JAYLE (M.-F.) |
| — | POLONOVSKI (J.) |
| Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports | MALMEJAC (J.) |
| Biologie médicale | FAUVERT (R.) |
| Biophysique médicale | BUGNARD (L.) |
| — | DOGNON (A.) |
| — | DJOURNO (A.) |
| Cancérologie médicale et sociale | DENOIX (P.) |
| Chimie pathologique | SCHAPIRA (G.) |
| Embryologie | TUCHMANN (H.) |
| Génétique fondamentale | LEJEUNE (J.) |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | COURY (Ch.) |
| Histologie | GIROUD (A.) |
| Hygiène et médecine préventive | BOYER (J.) |
| Médecine du Travail | DESOILLE (H.) |
| Médecine légale | DEROBERT (L.) |
| Microbiologie (Bactériologie et virologie) | FASQUELLE (R.) |
| Parasitologie | BRUMPT (L.-C.) |
| Pathologie chirurgicale | LAURENCE (G.) |
| — | KUSS (R.) |
| — | VERNE (J.-M.) |
| Pathologie exotique | N... |
| Pathologie expérimentale et comparée | MERKLEN (F.-P.) |
| Pathologie médicale | LAROCHE (Cl.) |
| — | BRICAIRE (H.) |
| — | PÉQUIGNOT (H.) |
| Pathologie respiratoire | TURIAF (J.) |
| Pathologie et thérapeutique générales | N... |
| Pharmacologie | CHEYMOL (J.) |
| — | LEVY (Mlle J.) |
| Physiologie | BARGETON (D.) |
| — | PARROT (J.) |
| Physiologie et pathologie obstétricales | LEPAGE (F.) |
| Radiologie médicale | DESGREZ (H.) |

| | MM. |
|---|---|
| Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale | CAUCHOIX (J.) |
| Thérapeutique | CONTE (M.) |
| Thérapeutique appliquée | LAMOTTE (M.) |

b) **Professeurs à titre personnel :**

| | |
|---|---|
| Anatomie anthropologique | OLIVIER (G.) |
| Anatomie pathologique | NEZELOF (Ch.) |
| Bactériologie | BARBIER (P.) |
| Biochimie médicale | DESGREZ (P.) / DREYFUS (J.-Cl.) |
| Biologie médicale | BOURLIÈRE (F.) |
| Histologie | COUJARD (R.) |
| Parasitologie | LARIVIÈRE (M.) |
| Pathologie expérimentale | LOEPER (J.) / RICHET (G.) |
| Physiologie | DEJOURS (P.) / ROUCAYROL (J.-Cl.) / SCHERRER (J.) |
| Physique médicale | KELLERSHOHN (L.) / GOUGEROT (L.) / TUBIANA (M.) |
| Radiologie médicale | FISCHGOLD (H.) |

## 2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) **Professeurs titulaires :**

| | | MM. |
|---|---|---|
| Clinique carcinologique chirurgicale (Necker) | | REDON (H.) |
| Clinique cardiologique (Broussais) | | SOULIÉ (P.) |
| — — (Boucicaut) | | LENÈGRE (J.) |
| Cliniques chirurgicales | Beaujon | LORTAT-JACOB (J.-L.) |
| | — | N... |
| | Cochin | LEGER (L.) |
| | Hôtel-Dieu | PATEL (J.) |
| | Saint-Antoine | GOSSET (J.) |
| | Salpêtrière | SICARD (A.) |
| | Tenon | OLIVIER (Cl.) |
| Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin) | | MERLE d'AUBIGNÉ (R.) |
| — — — (Foch) | | PADOVANI (P.) |
| Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades) | | FÈVRE (M.) |
| Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais) | | DUBOST (Ch.) |
| Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec) | | MATHEY (J.) |
| Clinique dermatologique (Saint-Louis) | | DUPERRAT (F.) |
| Clinique endocrinologique (Pitié) | | DECOURT (J.) |
| Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades) | | LAMY (M.) |
| Clinique gynécologique (Broca) | | HUGUIER (J.) |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis) | | DEGOS (R.) |
| Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades) | | TURPIN (R.) |
| Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard) | | MOLLARET (P.) |
| Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne) | | DELAY (J.) |
| Clinique des maladies métaboliques (Necker) | | HAMBURGER (J.) |
| Clinique des maladies du sang (Broussais) | | BERNARD (J.) |
| Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière) | | CASTAIGNE (P.) |
| Cliniques médicales | Bicêtre | DEPARIS (M.) |
| | Broussais | MILLIEZ (P.) |
| | Cochin | BROUET (G.) |
| | Hôtel-Dieu | BARIÉTY (M.) |
| | Lariboisière | SÈZE (S. de) |
| | Pitié | DREYFUS (G.) |
| | Saint-Antoine | KOURILSKY (R.) |
| | Saint-Antoine | BOUDIN (G.) |

| | MM. |
|---|---|
| Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat) | DEBRAY (Ch.) |
| Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades) | MARIE (J.) |
| Clinique médicale propédeutique (Broussais) | JUSTIN-BESANÇON (L.) |
| Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu) | DEROT (M.) |
| Clinique de neuro-chirurgie (Pitié) | DAVID (M.) |
| Clinique neurologique (Salpêtrière) | GARCIN (R.) |
| Cliniques obstétricales — Baudelocque | LACOMME (M.) |
| Cliniques obstétricales — Saint-Antoine | MERGER (R.) |
| Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal) | VARANGOT (J.) |
| Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu) | OFFRET (G.) |
| — — (Cochin) | BREGEAT (P.) |
| Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière) | AUBRY (M.) |
| Clinique de pédiatrie | MOZZICONACCI (P.) |
| Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul) | THIEFFRY (S.) |
| Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec) | BERNARD (E.) |
| Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière) | MICHAUX (L.) |
| Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin) | COSTE (F.) |
| Clinique stomatologique (Salpêtrière) | DECHAUME (M.) |
| Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard) | ROUX (M.) |
| Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine) | LEMAIRE (A.) |
| Clinique toxicologique | GAULTIER (M.) |
| Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré) | JUDET (R.) |
| Clinique urologique (Cochin) | ABOULKER (P.) |
| — — (Necker) | COUVELAIRE (R.) |
| Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau) | LAPLANE (R.) |
| Séméiologie médicale (A. Chantin) | DOMART (A.) |
| — — (Lariboisière) | BOUVRAIN (Y.) |
| — — (Pitié) | RAMBERT (P.) |
| — — (Rothschild) | WOLFROMM (R.) |
| Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais) | POILLEUX (F.) |

### b) Professeurs à titre personnel :

| | |
|---|---|
| Hématologie | ANDRÉ (R.) |
| | BOUSSER (J.) |
| Hydrologie et climatologie | GIBERTON (A.) |
| Maladies infectieuses | BASTIN (R.) |
| Médecine | AZERAD (E.) |
| | BOUR (H.) |
| | CABROL (Ch.) |
| | GROSSIORD (A.) |
| | LAMBLING (A.) |
| | LAUNAY (Cl.) |
| | PAYET (M.) |
| | PERRAULT (M.) |
| | SIGUIER (F |
| | WORMS (R.) |
| Neuro-chirurgie | LE BEAU (J.) |
| Neurologie | LHERMITTE F. |
| Neuro-psychiatrie | PICHOT (P.) |
| Oto-Rhino-Laryngologie | MADURO (R.) |
| Pédiatrie | POLONOVSKI (Cl.) |
| | ROYER (P.) |
| Pneumo-Phtisiologie | KREIS (B.) |
| | MEYER (A.) |
| Rhumatologie | DELBARRE (F.) |

## II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

| | MM. |
|---|---|
| Anatomie pathologique | BOUYSOU (Ch.) |
| Anesthésiologie | VOURC'H (G.) |
| Bactériologie | CHRISTOL (D.) |
| Biochimie médicale | CARTIER (P.) GONNARD (P.) |
| Biologie médicale | HARTMANN (L.) |
| Hématologie | BILSKI-PASQUIER (S.) |
| Maladies infectieuses | DUPONT (V.) |
| Physique médicale | COURSAGET (J.) GREMY (F.) |
| Physiologie | GIRARD (Fr.) |
| Stomatologie | CHAPUT (Mme A.) |
| Thérapeutique | CHASSAGNE (P.) |

## III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

| | |
|---|---|
| Bactériologie | HAUDUROY (P.) Pr. s. ch |
| Pathologie chirurgicale | RUDLER (J.) Pr. s. ch. |

## IV. — PROFESSEUR ASSOCIÉ

| | |
|---|---|
| Statistique médicale et épidémiologique | SCHWARTZ (D.) |

---

| | |
|---|---|
| Secrétaire général de la Faculté | M. LENA (J.) |
| Conseillers administratifs | Mlle CHAINTREUIL (G.) M. FAYE (R.) |
| Conservateur en Chef de la Bibliothèque<br>Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine | M. le Docteur HAHN (A.) |
| Conservateurs | Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.), |
| Bibliothécaires | Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr SCHILLER (J.) |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A MON MAITRE LE PROFESSEUR HUGUIER,

qui nous a fait le très grand honneur d'accepter de présider notre thèse. Nous devons l'essentiel de notre formation gynécologique, à sa patience et sa clarté dans l'enseignement clinique, à sa grande compréhension. Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre respectueuse admiration et de notre sincère gratitude.

A MON MAITRE LE PROFESSEUR AGREGE CERBONNET,

C'est lui qui, non seulement, nous a inspiré le sujet de ce travail, mais nous a guidé sans cesse avec une inlassable patience dans sa réalisation. C'est lui aussi qui nous a formée à la pratique d'examens cliniques rigoureux. Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre admiration et de notre profonde reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PALMER,

A MADAME LE DOCTEUR BOURY,

A MADAME LE DOCTEUR PASQUIER,

C'est sur leurs travaux que
repose notre étude; en témoignage
de notre vive reconnaissance.

A mes Maitres en Externat,

Monsieur le Professeur PATEL,
Monsieur le Docteur FACQUET,
Monsieur le Professeur TURPIN,
Monsieur le Docteur MORIN,
Monsieur le Docteur MISES,
Monsieur le Docteur ALISØN,
Monsieur le Professeur HUGUIER.

A MES PARENTS,

qui les premiers ont compris
et encouragé mon goût pour
la médecine.

A MES SOEURS,

qui m'ont toujours soutenue
de leur affection.

A MON FILS,

avec mon immense affection.

A MES AMIS,

en remerciement pour leur affection
et leur solidarité presque fraternelle qui me sont si précieuses.

A MADAME PALLASTRELLI,
A MADEMOISELLE GARSONNIN,

sans leur dévouement et leur travail
cette thèse n'aurait pas été soutenue
aujourd'hui. Qu'elles trouvent ici
le témoignage de ma très grande
reconnaissance et de ma sympathie.

- P L A N -

I)- INTRODUCTION

II)- OBSERVATIONS

III)- INTERET DE LA COELIOSCOPIE POUR LE DIAGNOSTIC DE GROSSESSE EXTRA-UTERINE.

IV)- INTERET DE LA COELIOSCOPIE POUR LE TRAITEMENT ET LE PRONOSTIC DE LA GROSSESSE EXTRA-UTERINE.

V)- AUTRES AVANTAGES DE LA COELIOSCOPIE:

a) Diagnostic différentiel avec les affections pelviennes autres que la grossesse extra-utérine.

b) Suppression des explorations inutiles.

c) Intérêt Social

VI)- LIMITES ET INCONVENIENTS DE LA COELIOSCOPIE

a) Limites
b) inconvénients nuls dans cette série
c) mais peuvent exister
d) par conséquent ne pas négliger la clinique

VII)- CONCLUSIONS.

# - I N T R O D U C T I O N -

Nous nous proposons de reprendre ici l'étude de 72 coelioscopies pratiquées à la Clinique Gynécologique de l'hopital Broca de 1962 à 1965 dans une optique diagnostique bien déterminée. L'enquête était déclanchée par des troubles fonctionnels et des signes physiques, isolés ou associés, pouvant faire craindre une grossesse extra-utérine, c'est à dire :

- retard de règles,
- métrorragies,
- douleurs,
- masse latéro-utérine.

Les conditions du diagnostic étaient différentes :

- soit que la grossesse extra-utérine ait été seule avancée avec plus ou moins de certitudes cliniques;
- soit que le diagnostic reste hésitant avec d'autres affections pelviennes (kystes, infections annexielles, ou anomalie d'une grossesse intra-utérine) admettant une symptomatologie similaire.

En confrontant les données anamnestiques et cliniques, d'une part, et celles de la coelioscopie d'autre part, nous essaierons d'en dégager des notions expérimentales sur l'interêt de la coelioscopie dans le diagnostic précoce de la grossesse extra-utérine, notamment dans ses formes atypiques. C'est ainsi que l'on pourra décompter la fréquence avec laquelle la coelioscopie a, selon les cas, haté et facilité le diagnostic,

évité les erreurs diagnostiques avec des syndromes de même expression clinique,

permis des diagnostics impossibles autrement, du moins dans des délais raisonnables.

Nous reprenons donc les observations cliniques avec leurs principaux éléments :

- antécédents pathologiques, et notamment les antécédents infectieux pelviens,
  tuberculeux,
  de stérilité, traitée ou non

dans la mesure où ces antécédents peuvent favoriser une éventuelle grossesse extra-utérine et aussi une confusion diagnostique.

- antécédents obstétricaux : nombre d'enfants
  fausses-couches éventuelles, et leur nature spontanée ou provoquée, qui n'est pas indiff rente non plus à l'éclosion ultérieure d'une grossesse extra-utérine.

- histoire clinique récente avec :
  - les signes fonctionnels ayant amené la malade à consulter,
  - les données de l'examen clinique et des examens de laboratoire demandés dans ces circonstances (numération formule, diagnostic biologique ou immunologique de grossesse.

- Résultats de la coelioscopie

- Et, pour être complet, d'une éventuelle intervention chirurgicale.

- Appréciation, quand cela est possible, du délai écoulé entre la 1ère consultation et l'établissement du diagnostic par la coelioscopie.

Nous adopterons 2 modes de classement des résultats de cette analyse :

- l'un envisageant l'interêt de la coelioscopie pour le diagnostic positif et différentiel des affections pelviennes dont la symptomatologie évoque la grossesse extra-utérine. On cherchera à dégager le degré d'éfficacité de cette méthode : la coelioscopie a-t-elle été seulement une confirmation d'un diagnostic déjà porté sur les éléments cliniques; à l'inverse, a-t-elle redressé le diagnostic erroné, ou porté un diagnostic cliniquement impossible, tout au moins sans une assez longue observation en milieu hospitalier avec tous les risques évolutifs intercurrents que cela comporte.

- l'autre centré sur les grossesses ectopiques diagnostiquées grace aux coelioscopies. On conservera l'optique de la statistique précédente, en insistant sur les pépercussions thérapeutiques entrainées par la rapidité accrue du diagnostic :

-limitation des incidents et accidents hémorragiques,

-interventions dans de meilleures conditions techniques permettant dans les cas heureux de limiter les mutilations annexielles.

Les traits principaux de chaque observation clinique sont brièvement résumés. Les observations sont classées par type de diagnostic. Des tableaux récapitulatifs sont dressée pour chaque type, reprenant les éléments principaux servant à évaluer l'importance des services rendus par la coelioscopie, ainsi que certains traits importants (antécédents de stérilité ou de grossesse ectopique par exemple) dont on peut dégager des leçons interessantes.

Les observations sont numérotées de 1 à 72 et classées par diagnostics retenus à la coelioscopie (grossesse extra-utérine, grossesse intra-utérine, kystes de l'ovaire, dystrophies ovariennes, annexites, coelioscopie d'aspect normal). On a groupé à la fin sous la rubrique : "cas complexes" des observations présentant des ambiguités : il s'agit :

- soit d'observations relevant de 2 diagnostics, qu'ils aient tous les deux été portés à la coelioscopie (kystes de l'ovaire et salpingite, par exemple), où que l'un d'eux seulement ait été fait à ce stade, le 2ème ayant été apporté ultérieurement par l'évolution ou les examens de laboratoire. Dansplusieurs cas, en effet, la coelioscopie porte le diagnostic de kyste de l'ovaire, mais ne permet pas d'objectiver le caractére gravide de l'utérus, et c'est quelques jours aprés que, soit l'examen clinique, soit le résultat du diagnostic biologique, font poser le diagnostic de grossesse intra-utérine associée.

- soit d'observations où le diagnostic est demeuré en en suspends après la coelioscopie, temporairement ou définitivement. Il s'agit de cas limites.

Des tableaux comparatifs rassemblent les données respectives des examens cliniques puis coelioscopiques, ainsi que l'indication du degré d'utilité de la coelioscopie, ceci pour chaque rubrique. Etant donné l'existence d'observations cumulant 2 diagnostics (dont nous venons de parler), le total des cas enoncés dans les tableaux sera supérieur à 72 (total des observations). Néanmoins, pour des raisons de simplification, un tableau, paraissant dans les conclusions, résumera les résultats en tenant compte uniquement des diagnostics découverts par la coelioscopie. Ceci est justifié par le fait que dans les cas de diagnostic complexe (grossesse intra-utérine + kyste de l'ovaire, par exemple), le caractére indispensable ou simplement utile de la coelioscopie a été effectivement d'écarter la grossesse extra-utérine, tout en posant le diagnostic de kyste de l'ovaire, mais non de contribuer directement au diagnostic de grossesse intra-utérine qui a été ultérieur, et indépendant des données de la coelioscopie. Dans ces tableaux récapitulatifs, on laissera donc dans l'ombre certains diagnostics (grossesse intra-utérine en particulier) découverts après coelioscopie, pour ne conserver en exergue que le diagnostic apparu en coelioscopie (kyste de l'ovaire, en l'occurence).

- o O o -

# - GROSSESSES EXTRA-UTERINES -

N° 1 - Madame L... Ursula 31 ans

- Un accouchement normal à terme - une fausse couche provoquée, hyperfébrile, curetée - une grossesse extra-utérine en 1959: Salpingectomie droite.
- Consulte pour un retard de règles de 7 jours, des métrorragies peu abondantes, des douleurs sus-crurales gauches, courbe thermique au dessus de 37°
- A l'examen: corps utérin de volume normal - dans le cul de sac gauche petite masse latéro-utérine très douloureuse
- Numération, formule sanguine strictement normales - test immunologique de grossesse positif à la troisième semaine de grossesse (le lendemain de l'hospitalisation).
- Diagnostic clinique : suspicion de grossesse extra-utérine
-Coelioscopie : sang dans le péritoine - grossesse extra-utérine gauche.

Compte rendu opératoire: nombreux caillots dans le Douglas à gauche trompe éclatée au niveau du pavillon où est nidée la grossesse - nombreux nodules sur le reste de la trompe jusqu'à la portion isthmique ce qui contraint à faire une salpingectomie rétrograde avec conservation ovarienne. A droite les annexes ont été ôtées.

Diagnostic facile, hâté et confirmé par la coelioscopie

N° 2 - Madame P... Huguette, 32 ans

- Un accouchement normal. Une fausse couche provoquée
- Il y a 1 mois, installation simultanée d'une aménorrhée et de métrorragies, parfois accompagnées de caillots, et accentuées à la suite d'une injection d'oestradiol. Douleurs pelviennes. Asthénie intense.
- Dans le cul de sac droit, on sent une masse qui pourrait être un ovaire.
-Le diagnostic biologique était négatif au début de l'aménorrhée et de nouveau après 1 mois.
-La probabilité de grossesse extra-utérine apparaît très faible.

Néanmoins on pratique une coelioscopie, par principe, et on trouve un utérus normal, du sang noir dans le Douglas, et un hématosalpinx ampullaire droit. La trompe gauche est contournée et bridée par des adhérences. Ovaires non vus.
-Compte rendu opératoire: libération de nombreuses adhérences collant à l'annexe gauche au ligament large et au sigmoïde. Trompe d'apparence normale, au pavillon perméable. A droite, hématosalpinx à la 1/2 interne de l'ampoule, de la taille d'un oeuf de pigeon, avec pavillon conservé. Salpingectomie avec résection interne de la corne et résection d'un kyste de l'ovaire droit.
-Dans ce cas la coelioscopie a été indispensable au diagnostic

N°3 - Madame C ... Mireille

-Depuis 6 ans et demie, stérilité primaire d'origine X, avec obturation bilatérale. Implantation isthmo-utérine et décortication ovarienne pratiquées dans le service en Aout 1964.
-Le délai d'observation a été de 10 jours.
-Retard de règles de 10 jours avec métrorragies apparues à la même période ainsi que des douleurs pelviennes droites. Fébricule.
-Utérus globuleux douloureux. Culs de sac sensibles sans masse perceptible . Sang sur le doigtier.
-Réaction biologique de grossesse positive le jour de l'entrée dans le service. Numération formule sanguine, normales.
-Le diagnostic clinique hésite entre menace de fausse-couche et grossesse extra-utérine.
-Coelioscopie: Utérus de grossesse. Grossesse extra-utérine probable à gauche (masse) à opérer.
-Compte rendu opératoire: Utérus globuleux du volume d'un petit poing. La trompe droite présente une dilatation olivaire au milieu de l'ampoule. Incision. Môle noire du volume d'une noix qui s'énuclée sans saignement appréciable. La trompe gauche débouche dans une poche à contenu séro-hématique et, après épluchage des lames séreuses, le pavillon apparaît libre et

normal. On suspend le pôle de l'ovaire du coté droit.
-A l'examen histologique présence de villosités choriales en pleine activité.
-Diagnostic tranché et hâté par la coelioscopie.

N° 4 - Madame C... Anna 36 ans

- 2 accouchements normaux.
-Retard de règles de 15 jours. Métrorragies apparues le 9è jour cycle. Crise de douleur paroxystique le 10è jour de retard de règles.
-Corps utérin normal à l'examen. Cul de sac droit contenant une masse bosselée, ferme, douloureuse, rétroversée.
-Numération, formule sanguine: pas d'anémie; hyperleucocytose à polynucléose (15.800 - 75%) le 1er jour où la malade consulte normale 2 jours après.
-Le diagnostic cliniquement évoqué hésite entre kyste de l'ovaire et grossesse extra-utérine.
-Diagnostic facilité et hâté par la coelioscopie : hématosalpinx droit.
-Compte rendu opératoire: grossesse ampullaire. Salpingectomie avec conservation ovarienne. La trompe gauche est recouverte par des adhérences.

N°5 - Madame P... Élise 30 ans

-Pas d'antécédents pathologiques particuliers.
-Consulte pour règles anormales, sans retard manifeste; métrorragies, douleurs apparues pendant les règles et persistant après celles-ci.
-A l'examen cul de sac droit de consistance normale, douloureux. A gauche masse douloureuse (ovaire ?).
-Le diagnostic posé est celui de kyste fonctionnel de l'ovaire
-Coelioscopie : grossesse extra-utérine gauche non rompue Un peu de sang.
-Compte rendu opératoire. Grossesse extra-utérine ampullaire non rompue. Avec une pression de la trompe, on obtient un avortement tubo-abdominal facile. Pas d'hémorragie.
- Pas de délai d'observation clinique. Le diagnostic réel n'a pu être posé que grâce à la coelioscopie.

N° 6- Madame D... Daniella 36 ans

- 3 accouchements normaux, et une fausse couche provoquée, curetée.
-Consulte pour retard de règles, métrorragies et douleurs.
-A l'examen, corps utérin augmenté de volume. Culs de sac gauche contenant une masse de la grosseur d'une orange.
-Diagnostic cliniquement posé; grossesse extra-utérine
-Réaction biologique de grossesse positive.
-Coelioscopie : Grossesse extra-utérine gauche non rompue. Utérus petit, d'aspect non gravide. Caillot organisé dans le Douglas. La trompe gauche n'est pas vue en entrer. Kyste de l'ovaire ou hématosalpinx?
-Compte-rendu opératoire: grossesse extra-utérine de 6 semaines isthmo-ampullaire, adhérent fortement au méso-sigmoïde. Salpingectomie avec conservation ovarienne et ablation de la portion interstitielle de la trompe.
-La coelioscopie a confirmé le diagnostic clinique. Néanmoins même la vision directe par la coelioscopie n'a pas suffi à une totale certitude étiologique que seule la laparatomie a pu apporter.

N°7 - Madame A:.. Lydie 23 ans

- Stérilité involontaire datant de 2 ans. Grossesse extra-utérine rompue l'année précédente: résection de 2 cm de trompe gauche.
-Délai d'observation: 5 jours
-Dernières règles anormalement prolongées, puis retard de règles de 3 semaines. Métrorragies noires, puis devenues rouges et accompagnées de caillots 2 jours avant la consultation. Douleurs lombaires récemment accrues. Signes sympathiques de grossesse.
- A l'examen, corps utérin augmenté de volume. Culs de sac libres; indolores.
-Evolution: après 4 jours d'observation en milieu hospitalier l'examen retrouve dans le cul de sac droit une tuméfaction tubaire exquisement douloureuse. A gauche, comblement diffus,

peu sensible. Sur ces données on décide de pratiquer une coelioscopie.

-Coelioscopie: sang dans le péritoine. Hématosalpinx droit. trompe gauche non vue dans sa totalité. Utérus normal. Intervention immédiate.

-Compte rendu opératoire: trompe droite déformée par un volumineux hématosalpinx qui a déjà laissé suinter du sang dans le péritoine. La trompe gauche est perméable dans sa I/2 externe. La I/2 interne semblait saine mais on ne peut la cathétériser pour ne pas l'abimer. Salpingectomie droite avec enfouissement par le ligament rond et résection de la trompe intestitielle.

-Diagnostic facilité et hâté par la coelioscopie.

N°8 - Madame V ... Marie Thérèse, 38 ans

- Fausse-couche provoquée à 18 ans. Grossesse extra-utérine droite avec salpingectomie en 1960.

-Retard de regles de 25 jours. Métrorragies apparues au 8è jour de retard. Pas de douleurs. Signes dits sympathiques de grossesse. Lipothymie.

-Corps utérin augmenté de volume mais non en rapport avec l'age de la grossesse. Dans le cul de sac droit, masse du volume d'une pêche, molle, indolore. Douglas libre.

-Réaction biologique de grossesse positif à la 5ème semaine de grossesse (5 jours avant l'hospitalisation) et négatif à la 6ème semaine (à l'entrée).

-Coelioscopie: (le lendemain de l'hospitalisation): grossesse extra-utérine gauche.

-Diagnostic clinique posé: grossesse extra-utérine

-Compte rendu opératoire: hématosalpinx gros comme une orange Libération de nombreuses adhérences. Salpingectomie rétrograde

-Diagnostic haté par la coelioscopie.

N°9 - Madame T... Claude 22 ans

-Pas d'antécédent gynécologique particuliers

- aménorrhée datant de trois mois masquée par des métrorragies semi-permanentes.

- A l'examen une masse dans le cul de sac gauche.
-Numération formule sanguine : normales
-Réaction biologique négative le 2 Aout
-Le diagnostic clinique : troubles hormonaux simulant la grosse
sse extra-utérine.
-Coelioscopie: vraisemblablement débris placentaires ou avortement tubo-abdominal - trompe augmentée de volume, de couleur non modifiée - sang dans le ventre: en fait il s'agit d'une vraie grossesse extra-utérine gauche et intervention immédiate décidée.
-Compte rendu opératoire: salpingotomie au pavillon - extractio d'un oeuf mort de la taille d'une olive. La trompe ne saigne pas.
-Ici la coelioscopie a redressé un diagnostic clinique erroné Elle a été absolument indispensable.

N° 10 - Madame V. Idalie 31 ans

- deux accouchements naturels à terme - 1 fausse couche provoqu
- métrorragies apparues tout récemment après 10 jours de retard des règles - douleurs intenses survenant par crises Signes sympathiques de grossesse - syncopes - fièvre (38°5).
-Douleur et défense hypogastrique gauche
-numération formule sanguine: anémie discrète; 3.720.000 - polynucléaires (79) à la limite de l'hyperleucocytose (8.200).
-Diagnostic immunologique positif le jour de l'entrée (au 25è jour de grossesse).
-Diagnostic clinique : grossesse extra-utérine probable.
-Coelioscopie : sang noir dans le ventre - à droite: rien à signaler. A gauche : hématosalpinx de belle taille avec avortement tubo-abdominal à opérer.
-Petite quantité de sang noir dans le péritoine - trompe gauche distendue, bleutée, surtout à l'ampoule (10 cmx4 de diamètre) ovaire gauche porteur d'un corps jaune - droite ovaire normal trompe dont le pavillon a disparu (recréé par un coup de pince après distension à l'air. Imperméabilité interne de la trompe

-Trompe gauche: après résection d'un fragment de l'ampoule curage digital extériorisant des caillots - persistance d'un petit nodule ampullaire interne imposant une salpingotomie longitudinale évacuant une masse hémorragique.
-Coelioscopie le jour de l'entrée confirmant le diagnostic soupçonné.

N°11-Madame T... Raymonde 26 ans

-un accouchement naturel à terme - 2 fausses couches provoquées Une hystérographie a été pratiquée et a objectivée une obturation tubaire.
-Retard de règles de trois semaines, métrorragies saepia et douleurs paroxystiques depuis 15 jours. Nausées, somnolence, seins tendus. Syncopes avec douleurs scapulaires. Température à 37°2).
-A l'examen corps un peu augmenté de volume. Dans le cul de sac droit petite masse de la taille d'une prune indolore, mobile, bien séparée de l'utérus. Cordon douloureux dans le Douglas.
-Numération formule sanguine : pas d'anémie.
-Diagnostic biologique positif à 8 semaines
-Coelioscopie: utérus gros comme un utérus gravide de 6 semaines un peu de sang dans le Douglas - quelques adhérences sur la trompe gauche et l'ovaire gauche - à droite ovaire avec follicules et un corps jaune. Trompe attirée vers le promontoire renflée à l'ampoule du volume d'un oeuf de pigeon, hématique avec de nombreux caillots à l'entour: intervention.
-compte rendu opératoire: salpingectomie droite.
-coelioscopie pratiquée le jour de l hospitalisation ; le diagnostic était évident cliniquement. On pouvait se passer de la coelioscopie.

N°12- Madame R... Gérarda 35 ans

-Stérilité secondaire
-Retard de règles de 8 jours, métrorragies, douleurs 1 jour - signes sympathiques de grossesse. Seins tendus, vertiges sans syncope vraie.

- à l'examen : corps de volume normal, dur, cul de sac gauche douloureux, un peu empâté. Douglas indolore.

-Coelioscopie : pas d'annexe droite - hématosalpinx gauche - compte rendu opératoire. grossesse extra utérine ampullaire avec orifice de rupture punctiforme au ras du méso sur la face externe - portion isthmique et pavillon normaux. Caillots dans le Douglas, salpingectomie ampullaire gauche conservant la portion et le pavillon.

-Coelioscopie pratiquée le jour de l'hospitalisation: hâtant et facilitant le diagnostic et permettant ainsi une intervention conservatrice chez une femme traitée pour stérilité.

N°13 - Madame J... Denise 37 ans

- 2 accouchements normaux. Une fausse couche spontanée.

-Delai d'attente (avec consultation en ville) assez long avant la consultation dans le service, et l'hospitalisation pour observation.

-Métrorragies apparues en même temps que le retard de règles, qu'elles masquent continuant ensuite de façon intermittente et redoublant à la date présumée des règles suivantes, pour devenir permanentes. A la 5ème semaine de grossesse, apparition de douleurs de type paroxystiques, de nausées et de fièvre.

-Hospitalisation à la 6ème semaine de grossesse. Le délai d'observation dans le service avant la coelioscopie est de 3 jours, pendant lesquels plusieurs hypothèses diagnostiques sont successivement soulevées: l'examen le jour de l'entrée trouve un utérus augmenté de volume, ferme, fibromateux, et un cul de sac gauche sensiblement empâté.

-Le lendemain le diagnostic avancé est celui de grossesse interrompue; on se propose après vérification par diagnostic biologique de pratiquer un curetage. Un examen pratiqué un peu plus tard retrouvant nettement une masse gauche, la nature de celle-ci est discutée: organe ou réaction annexielle inflammatoire? l'hypothèse d'une grossesse extra-utérine est pratiquement écarté; on décide de faire des antibiotiques puis une coelioscopie de contrôle avant curetage.

-les troubles s'accentuant, la coelioscopie est pratiquée (3 jours après l'entrée)
-Coelioscopie: grossesse extra-utérine gauche très bien vue sang ancien dans le Douglas.
-Compte rendu opératoire: a gauche trompe prolabée dans le Douglas fissurée, grisâtre, probablement grossesse extra-utérine ancienne. Adhérences très intimes avec la jonction recto-sigmoïdienne. L'ovaire gauche est le siège d'un kyste de la taille d'une mandarine. Dans le Douglas, épanchement ancien suggérant une interruption de grossesse extra-utérine il y a 1 mois. On décide une annexectomie (l'ovaire étant mal vascularisé).
-histologie: muqueuse en voie d'élimination, chorion désorganisé. kyste lutéinique hémorragique et endométriose.
-Coelioscopie ayant permis seule le diagnostic très difficile cliniquement.

N° 14- Madame P... Danielle 36 ans

-1 accouchement normal et une fausse couche provoquée
-Retard de règles de 1 mois; métrorragies depuis les dernières règles. Douleurs paroxystiques apparues en même temps que le retard de règles. Aucun signe sympathique de grossesse.
-Corps utérin augmenté de volume proportionnellement à l'âge de la grossesse. Cul de sac gauche douloureux sans masse.
-Le jour de l'entrée on sent une masse dans le cul de sac gauche.
-Diagnostic: s'agit-il d'une grossesse extra-utérine ou d'une annexite hémorragique ?
-Délai : 5 jours entre la 1ère consultation et l'hospitalisation.
-Coelioscopie pratiquée le lendemain de l hospitalisation
-Grossesse extra-utérine gauche - Ovaires normaux. Caillots en abondance. La trompe droite semble normale mais le pavillon est invisible.
-Compte rendu opératoire: un peu de sang dans le fond du Douglas. La trompe gauche y est fixée par des adhérences. Salpingectomie. A l'histologie: villosités nécrosées dans la trompe.
-Diagnostic facilité par la coelio.

N°15 - Madame M... Liliane 30 ans

- Stérilité primaire depuis 2 ans. Il y a un an, grossesse extra-utérine gauche; salpingostomie.
-Retard de regles de 2 jours, coïncidant avec l'apparition de métrorragies.
-

-Coelioscopie : corps jaune à droite. Hématosalpinx gauche avec hématocèle.
-Compte rendu opératoire: grossesse ampullaire gauche avec désinsertion de la trompe en totalité, trompe courte qui a été le siège d'une plastie. Salpingectomie gauche avec conservation ovarienne? Trompe droite: pavillon de mauvaise qualité mais perméable à l'insufflation.

N°16 - Madame A... Joanne 23 ans

-Stérilité traitée dans le service.
-Observation privilégiée, la malade suivant sa courbe thermique on est sûr de la date de l'ovulation, 3 semaines avant la consultation, le plateau thermique étant indiscutable. La malade consulte au 8ème jour de retard de règles.
-A l'examen, utérus de volume normal . A droite petite masse très latérale un peu douloureuse.
-On soupçonne au premier chef une grossesse extra-utérine.
-La coelioscopie pratiquée 2 jours après la 1ère consultation
-Coelioscopie: sang dans le ventre. Hématosalpinx droit. Voile adhérentiel sigmoïde.
-Compte rendu opératoire: trompe droite dilatée à l'ampoule du volume d'un petit oeuf non rompu. . Pavillon normal, franges hypertrophiées. Adhérences entre Douglas et annexes gauches. Salpingectomie droite.
-Coelioscopie confirmant un diagnostic cliniquement facile. Mais étant donné le contexte (stérilité traitée) il était souhaitable de ne pas risquer une erreur de diagnostic et également d'intervenir le plus rapidement possible.

N°17- Madame T... Jeanne 24 ans

- Antécédents de primo-infection tuberculeuse grave.
-Aménorrhée datant de 4 mois 1/2. Pendant toute cette période métrorragies, douleurs bilatérales à prédominance droite. Seins tendus. Nausées. Température inférieure à 37°.
-Longue expectative avec tentatives de thérapeutiques hormonales correctrices, d'ailleurs sans succès. Examen, R.A.S.

- Numération, formule sanguine normales; Réaction biologique de grossesse négative à 2 mois de grossesse. Hystérosalpingographie pratiquée après 2 mois de retard de règles et vérification du diagnostic biologique: trompe gauche non vue. Trompe droite injectée jusqu au 1/3 interne. Utérus ballonné. Biopsie de l'endomètre: hypoplasie.
-Lors de l'hospitalisation, plusieurs diagnostics sont avancés
    -kyste folliculinique persistant
    -trouble hormonal sur stérilité tuberculeuse
    -endométriose.
-Coelioscopie :(exploration non orientée vers une grossesse extra-utérine) Grossesse extra-utérine isthmique gauche. Hématosalpinx.
-Compte rendu opératoire: grossesse extra-utérine enkysté dans la partie isthmo-interstitielle gauche. En raison du siège de la grossesse et des désirs exprimés par la malade désireuse de maternité, on fait une résection au ras de la corne de la portion proximale de la trompe. Le reste de la trompe gauche est un peu congestif mais le pavillon est normal et perméable. Annexes droites normales.
-Histologie: villosités choriales fibrosées. Pas de signes de tuberculose.
-Coelioscopie : indispensable au diagnostic réel, qui n'aurait pas été posé sans elle.

N° 18- Madame A... Colette 38 ans

-Grossesse extra-utérine droite avec annexectomie en 1953. Fausse couche provoquée à 19 ans.
-Retard de règles de 3 semaines, accompagné de métrorragies rouges, puis noires, prises pour des règles retardées. Douleurs paroxystiques à irradiations scapulaires droites. Signes sympathiques de grossesse. Lors de la consultation, la malade a une perte de connaissance dans la salle d'attente.
-Utérus très augmenté de volume, dur. Douglas empâté, peu douloureux.
-Coelioscopie : (immédiate). Sang en abondance dans l'abdomen ressortant par le trocard. Aucune visibilité.
-A l'intervention (immédiate): hémo-péritoine par avortement tubo-abdominal. L ovaire restant étant sensiblement normal, on décide la conservation. 8 myomectomies sont pratiquées.
-Ici la coelioscopie n'était évidemment absolument pas nécessaire. Elle a uniquement été faite à titre pré-opératoire dans la même anesthésie générale.

N° 19- Madame H... Jacqueline 35 ans

-Fausse couche provoquée en 1956. Traitée depuis pour salpingite.
-Retard de règles de 2 mois 1/2. Métrorragies et douleurs apparues à 6 semaines de grossesse et accentuées lors de 2 tentatives d'avortement provoqué. Signes dits "sympathiques" de grossesse. Tension mammaire. Lipothymie.
-A l'examen: sang et glaire apparaissant à l'orifice du col. Corps un peu augmenté de volume. Dans le cul de sac droit, une masse ferme, douloureuse, collée à l'utérus.
-Numération, formule sanguine: polynucléose (78%) sans hyperleucocytose (7.400). Pas d'anémie (4.180.000). Diagnostic biologique de grossesse positif 2 fois de suite à la 8è semaine de grossesse, et de nouveau positif lors de l'hospitalisation (10è semaine). Diagnostic immunologique.
-Délai d'observation: 1 jour, pendant lequel on se livre à de nombreuses discussions sur les diagnostics possibles: pour

certains, on peut relever contre l'hématosalpinx le caractère modéré des douleurs et de l'anémie. On pense plutot à une grossesse intra-utérine menacée, associée à une masse annexielle infectieuse. Pour d'autres il pourrait s'agir d'un hématosalpinx chez une femme porteuse d'un utérus fibromateux.

-Coelioscopie: Grossesse extra-utérine droite; sang dans le péritoine. Hématosalpinx.

-Compte rendu opératoire: hématosalpinx volumineux. Salpingectomie droite. A l'histologie: villosités choriales très fibrosées.

-La coelioscopie a éclairé et hâté un diagnostic difficile.

N°20 - Madame M... Françoise 21 ans

-Primo-infection importante. Traitée pour stérilité.

-Retard de règles de 1 mois et métrorragies apparues à la date présumée des règles. Douleurs pelviennes droites. Nausées.

-Réaction biologique de grossesse négative.

-Corps utérin augmenté de volume. Cul de sac droit douloureux sans masse.

-Coelioscopie (le lendemain de l'entrée): hématosalpinx droit.

- Compte rendu opératoire: trompe dilatée dans la partie proximale de l'ampoule. On ne peut pratiquer d'avortement tubo-abdominal. Salpingectomie. A l'histologie: villosités choriales en pleine évolution. Pas de signes de tuberculose.

-Diagnostic hâté et facilité.

N°21 - Madame O... T.. Chou, 30 ans

-Pas d'antécédents pathologiques particuliers.

-Retard de regles de 1 mois. Métrorragies apparues depuis 15 jours. Douleurs pelviennes gauches croissantes depuis quelques jours.

- Corps utérin un peu augmenté de volume, mou. Cul de sac libres. Douleur importante de la fosse iliaque gauche.

-Le diagnostic évoqué au premier chef est celui de menace de fausse-couche.

-La réaction biologique de grossesse était positive le jour de l'entrée.

-Coelioscopie: avortement tubo-abdomina;
-Compte rendu opératoire: désinsertion et exérèse de la trompe gauche. Fermeture de la corne utérine. A droite il existe un kyste de l'ovaire séreux développé dans le mésosalpinx et adhérent au pavillon dont la perméabilité est normale. Ablation et fixation de l'ovaire.

- Diagnostic clinique erroné redressé par la coelioscopie.

N°22 - Madame L... Micheline 2? ans.
- 1 accouchement normal.
- Métrorragies d abord survenues à la date présumée des regles, masquant ainsi leur absence, puis récidivant 10 jours plus tard Douleurs depuis une dizaine de jours. Une syncope la veille de l'hospitalisation.
- Corps utérin peu augmenté de volume. Le cul de sac gauche est peut-être un peu empâté ?
- On suspecte une grossesse extra-utérine.
- La coelioscopie pratiquée le jour même de l'hospitalisation montre du sang en abondance. Grossesse extra-utérine probable à gauche : à opérer.
- Compte-rendu opératoire : Hémopéritoine abondant. Trompe gauche déformée au 1/3 moyen, du sang s'en écoule. Le reste des annexes est sain. Salpingectomie gauche et myomectomie du fond utérin.
- Diagnostic cliniquement facile. Coelioscopie de simple confirmation.

N°23 Madame D... Monique, 28 ans.
- Antécédents de tuberculose pulmonaire. 3 accouchements normaux.
- Délai d'observation assez long : plusieurs consultations avant l'hospitalisation.
- Consulte une premiere fois alors qu'il n'existe pas encore de retard de regles apparent, mais des métrorragies prolongeant les dernieres regles. Se plaint également de douleurs de type expulsif. A l'examen, corps utérin douloureux à la mobilisation. Rien d'anormal par ailleurs.

-A la 4ème semaine de grossesse, 2è consultation: retard de regles de 15 jours. Apparition à l'examen d'un comblement douloureux du cul de sac gauche. L'utérus est augmenté de volume. Un test biologique de grossesse est demandé, mais sans résultats (la lapine meurt).

-La malade ne revient consulter que 15 jours plus tard: elle est alors hospitalisée, à la 6è semaine de grossesse, avec un tableau évident de grossesse extra-utérine compliquée: douleurs intenses, syncopes, fievre légère. A l'examen, corps utérin douloureux à la mobilisation difficile à percevoir. Masse très douloureuse et rénittente dans le Douglas et le cul de sac gauche. Numération formule sanguine: anémie à 3 millions légère polynucléose: 7.200 blancs et 77% de polynucléaires.

-Coelioscopie: caillots organisés cachant une hématocèle indiscutable. A gauche, on voit l'origine de la trompe qui apparait un peu bleutée. Intervention immédiate.

-Compte rendu opératoire: grossesse ampullaire gauche de la taille d un pamplemousse. Trompe prolabée dans le Douglas et recouverte d'adhérences. Libération. Salpingectomie gauche. Annexes décoconnées des adhérences.

-Dans cette observation au moment de l'entrée de la malade, le diagnostic clinique était évident, la coelioscopie ne s'imposait pas et a été faite uniquement à titre de confirmation, pré-opératoire.

N°24- Madame R... Annie 31 ans

-Stérilité primaire traitée d'origine tuberculeuse - fausse couche spontanée il y a vingt mois.

-Retard de regles de trois semaines. Douleurs pelviennes, métrorragies depuis 12 jours - syncopes importantes depuis le deuxieme jour de retard de regles - décalage thermique.

-Col dur - corps peu augmenté de volume - dans le cul de sac droit une petite masse peu douloureuse qui aurait grossi depuis le dernier examen.

-Numération, formule sanguine : anémie discrète à 3.582.000 formule blanche normale.

-Suspicion de grossesse extra-utérine -

-Coelioscopie: sang noir dans le Douglas - aspect d'avortement tubo-abdominal.

-Compte rendu opératoire: grossesse extra-utérine - avortement tubo-abdominal Nidation ampullaire avec hématome inter-ovaro-pariétal; on ne peut exprimer l'oeuf, solidement incrusté à la jonction médio-ampullaire et saignant beaucoup. Résection de la moitié externe de la trompe, la portion interne est d'aspect normal. L'autre trompe est recroquevillée sous.dépaisses adhérences avec salpingolyse partielle - portion ampullaire augmentée de volume (hydrosalpinx avec ovaire atrophique incrusté dans la paroi dont on ne peut le libérer).

-Un jour de délai

-Diagnostic hâté, coelioscopie non indispensable à celui-ci mais souhaitable pour intervenir avant les accidents hémorragiques A permis la conservation d'1/2 trompe.

N°25 - Madame T... Louisette 34 ans

- Stérilité primaire depuis 7 ans, probablement d'origine tuberculeuse - grossesse extra-utérine ampullaire droite en Aout 64: ablation de la partie distale de la trompe, reste des trompes droite et gauche normal.

-Consulte à la septième semaine de gestation. Présente depuis le 10è jour de retard de regles des douleurs droites - Apparition de métrorragies minimes à la sixième semaine de gestation; syncopes fréquentes.

-A l'examen: saignements par l'orifice du col - Douglas douloureux au toucher pelvien.

-Le diagnostic clinique est celui d'une grossesse extra-utérine rompue.

-Une coelioscopie de confirmation est pratiquée en salle d'opération juste avant l'intervention: caillots noirs emplissant le Douglas. Des deux cotés les annexes plongent dans le sang. On voit cependant la partie initiale de l'hémato-salpinx gauche - grossesse extra-utérine indiscutable.

-compte rendu opératoire : sang et caillots en abondance, importance des lésions obligeant à une salpingectomie gauche totale avec conservation de l'ovaire. La trompe droite existe raccourcie, intervention antérieure.
-Intervention pratiquée immédiatement apres l'entrée (tableau d'inondation péritonéale).

N°26 - Madame G... Claude 27 ans

- Traitée depuis 1 an pour stérilité primaire. En 1963, on aurait vu à l'hystérographie des trompes boursoufflées avec absence de passage. Suspicion de tuberculose. Biopsie de l'endomètre normale. Depuis a eu de nombreuses hydrotubations avec -chymotrypsine et antobiotiques. Lors d'une instillation on a eu une fois un passage à droite, avec douleur scapulaire.
- Consulte avec une aménorrhée de 5 semaines. A eu pour la 1ère fois des métrorragies à peu près à la date des 1ères règles manquantes, puis les métrorragies à peu près à la date des premières règles manquantes, puis les métrorragies ont repris 3 jours apres, lors de l injection intra-musculaire de progestérone retard. Des douleurs pelviennes droites sont apparues après 1 mois de retard de règles. La malade a eu des nausées depuis 15 jours, mais elle est sujette à ce genre de malaise.
-Lors du 1er examen en consultation, le volume du corps utérin est considéré comme normal; la trompe droite est augmentée de volume.
-La malade est hospitalisée 2 jours apres sa 1ère consultation pour surveillance et coelioscopie. On retrouve ce jour là à l'examen un utérus du volume d'une grossesse de 6 semaines. Le Douglas est libre. Diagnostic immunologique à l'entrée: positif
-Diagnostic envisagé: suspicion de grossesse extra-utérine.
-Coelioscopie (le lendemain de l'hospitalisation): grossesse extra-utérine droite apres tuberculose tubaire.
-Compte rendu opératoire: grossesse ampullaire non fissurée. Salpingotomie. Trompe laissée ouverte. Suspension ovarienne au détroit supérieur. Granulations tuberculeuses sur le fond de l'utérus.
-La coelioscopie a hâté et facilité un diagnostic probable, permis ainsi d'intervenir avant la rupture et de laisser ses

# - G R O S S E S S E S  I N T R A  -  U T E R I N E S -

N° 27 - Madame F... Geneviève, 30 abs.

- Lors de la 1ère consultation, pas de retard de règles patent, mais les dernières règles étaient anormales, sous hormonothérapie même. Douleurs pelviennes depuis 6 semaines. Nausées et fébricule depuis 8 jours.
- Corps utérin augmenté de volume. Cul de sac droit comblé et sensible sans masse. Ovaire gauche un peu gros.
- Réaction biologique de grossesse positive à l'entrée.
- Diagnostic évoqué : grossesse extra-utérine?
- Délai d'observation : 8 jours.
- Coelioscopie : pas de sang dans le Douglas. Utérus gravide. Pas d'hématosalpinx.

N° 28 - Madame G... Josiane, 25 ans.

- Antécédents de primo-infection sérieuse à 10 ans.
- Consulte pour un retard de règles de 7 semaines. Métrorragies il y a 3 semaines, intermittentes, noirâtres. Douleurs pelviennes droites. Seins tendus. Nausées. Sommolence.
- A l'examen, corps utérin de la taille d'un utérus gravide de 1 mois. Dans le cul de sac droit, masse mobile, haute (corps jaune gravidique?). Col violacé.
- Coelioscopie : utérus gravide de 2 mois. Corps jaune gravidique à gauche.
- Evolution : mise au repos sous spasmavérine. Aux examens successifs, l'utérus grossit. 8 jours après la coelioscopie, on sent une masse douloureuse à gauche.

Coelioscopie hatant et facilitant le diagnostic.

N° 29 - Madame S... MireillE, 28 ans

- Antécédents : dystrophie ovarienne droite constatée à la coelioscopie l'année précédente (suspicion de grossesse extra-utérine).
- Consulte pour la 1ère fois après 8 jours de retard de règles, avec des douleurs droites et des lipothymies.

- A l'examen, col violacé, corps utérin petit, cul de sac gauche sensible.
- Le test au proluton-oestradiol pratiqué en ville était négatif à cette date.
- Evolution sous surveillance : 10 jours plus tard un diagnostic biologique de grossesse revient négatif. Quelques jours après (soit à la 3ème semaine d'aménorrhée), on trouve à l'examen un utérus gros et dur. A droite, une masse douloureuse. On pense qu'il s'agit d'une grossesse intra-utérine, mais on décide de vérifier par prudence.
- Coelioscopie : grossesse intra-utérine. Myome utérin.
- Diagnostic biologique pratiqué le jour de la coelioscopie est positif.
- Evolution ultérieure : accouchement naturel à terme.
- La coelioscopie a confirmé un diagnostic difficile cliniquement et biologiquement.

N° 30 - Madame X...

- Antécédents : 2 accouchements normaux.
- Consulte pour un retard de règles de 3 semaines, accompagné de métrorragies intermittentes. Douleurs paroxystiques bilatérales. Nausées, vertiges, asthénie.
- A l'examen : col ramolli; corps augmenté de volume. Cul de sac droit douloureux, sans masse pour un des examens, contenant une masse pour un autre. Douglas libre. Sang noir au doigtier.
- Légère anémie. Formule blanche normale. Diagnostic biologique positif à 3 semaines de retard.
- Coelioscopie ( le lendemain de l'entrée) : difficile chez cette obèse aux méso gras. Un peu de sérosité sanglante. Utérus d'aspect gravide. Trompes normales. Ovaire droit non vu.

Coelioscopie facilitant et hâtant le diagnostic.

N° 31 - Madame C... Maria, 24 ans

- Antécédents d'irradiation importante au début de la grossesse présumée.
- Depuis 15 jours, retard de règles , métrorragies, et douleurs coliques gauches. Seins tendus, nausées.
- A l'examen, col mou, corps augmenté de volume en rapport avec l'âge de la grossesse; bord gauche irrégulier. Culs de sac libres.
- Anémie à 3.750.000 Globules rouges. Hyperleucocytose à polynucléose (10.000 globules blancs, 72%). Réaction biologique positive au 8ème jour de retard. Prolans 10.000 U.I.
- Diagnostic discuté : grossesse angulaire, ou grossesse ectopique.
- Coelioscopie : utérus gravide irrégulier. Trompes normales. Corps jaune sur l'ovaire gauche.
- Le traitement hormonal est arrêté. Effondrement des dosages hormonaux. Fausse-couche spontanée. Curetage ramenant un oeuf clair et des débris placentaires.

N° 32 - Madame D... Gisèle, 35 ans

- Entre aménorrhéique depuis 2 mois et demi. Fécondation vraissemblable il y a 2 mois. Métrorragies très abondantes 4 jours avant l'entrée. Douleurs bilatérales depuis 1 mois et demi. Seins tendus. Nausées.
- A l'examen, utérus gravide en rapport avec la durée de l'aménorrhée. Corne gauche dure.
- Coelioscopie : corps gravide. Trompes et ovaires normaux.
- Cliniquement : on penchait plutôt pour la grossesse intra utérine. La coelioscopie a hâté le diagnostic.

N° 33 - Madame D... Gisèle, 35 ans

- 4 accouchements normaux.
- Entre pour retard de règles de 8 jours, et métrorragies apparues depuis 4 jours.

- A l'examen, corps utérin gros, douloureux à la mobilisation. Cul de sac droit douloureux, sans masse. Douglas indolore.
- Diagnostic biologique de grossesse positif à 2000 U.I.
- Dans ce cas, l'observation en milieu hospitalier est de plusieurs jours avant la coelioscopie. Au début, on pense à une grossesse ectopique, puis, l'utérus augmentant de volume aux examens successifs, le diagnostic s'oriente vers une grossesse intra-utérine.
- Cœlioscopie : utérus gravide. Corps jaune.
- Evolution après la coelioscopie. La malade sort le lendemain. Elle revient 1 mois après. Fausse couche provoquée de 2 mois. Curetage : débris ovulaires et caduque.
- Là, les hésitations diagnostiques ont été tranchées par la coelioscopie.

N° 34 - Madame R... Simone, 35 ans.

- Antécédents : 1 accouchement normal, 2 fausses-cuaches spontanées. Salpingite?
- Aménorrhée datant de 1 mois, et coincidant avec l'installation de douleurs et de métrorragies. Seins tendus. Nausées. Courbe thermique au dessus de 37°.
- A l'examen, corps utérin légèrement augmenté de volume, mais moins que ne le voudrait l'âge de la grossesse. Rétroversion. Culs de sac libres. Douglas libre.
- Numération : anémie à 3.600.000 globules rouges. Diagnostic biologique positif en ville avant l'hospitalisation.
- Diagnostic évoqués : grossesse intra-utérine anormale
  avortement en cours,
  grossesse extra-utérine.
- Coelioscopie : utérus gravide.
- Evolution après la coelioscopie : la malade sort sous traitement hormonal. 10 jours plus tard, diagnostic immunologique positif, et prolans à 200, 500, 100. Après 15 jours de traitement, le diagnostic biologique est négatif. On pratique alors un curetage.

N° 35 - Madame D... Solange, 21 ans.

- Pas d'antécédents particuliers.
- Entre pour aménorrhée de 1 mois et demi, métrorragies depuis 4 jours. Vertiges et syncopes fréquentes, pollakiurie fatigue.
- A l'examen, corps utérin moins gros que ne le voudrait la grossesse. Culs de sac droit douloureux, contenant une petite masse. Douglas sensible.
- Diagnostic immunologique positif le jour de l'hospitalisation.
- On penche plutôt pour une grossesse intra-utérine.
- Coelioscopie : grossesse intra-utérine. Bride pariéto-épiploïque droite.
- Coelioscopie hâtant et confirmant le diagnostic clinique, d'ailleurs relativement difficile.

N° 36 - Madame L... Paule, 29 ans.

- Antécédents : rien à signaler.
- Entre pour suspicion de grossesse ectopique. La malade suivait sa courbe thermique. Le plateau thermique s'était installé 15 jours avant l'hospitalisation. Des métrorragies étaient survenues le 20ème jour du cycle, puis 2 à 3 jours avant l'hospitalisation. On n'a constaté aucun signe dit sympathique de grossesse. Les seins n'étaient pas augmentés de volume.
- La formule sanguine est normale. Le diagnostic biologique de grossesse est positif le 21ème jour du cycle.
- A l'examen, le corps utérin est de volume normal. Dans le cul de sac droit, on éveille au toucher une très vive douleur provoquée, mais on ne perçoit pas de masse.
- La coelioscopie (faite le jour de l'hospitalisation) objective une grossesse intra-utérine.

- Evolution après la coelioscopie (et confirmant les données de celle-ci 3 semaines après), la malade revient. Les métrorragies ont continué depuis la coelioscopie, elles étaient permanentes. La malade expulse des débris placentaires. On pratique une révision utérine digitale qui ramène un oeuf complet. A l'examen histologique, paroi d'oeuf. La plupart des villosités sont fibrosées. En un point, caduque infiltrée de sang et de polynucléaires. Pas d'embryon dans le prélévement.
- La coelioscopie a, dans ce cas, redressé un diagnostic clinique erroné.

N° 37 - Madame P... Nicole, 23 ans.

- Consulte pour retard de règles de 3 semaines et métrorragies. Celles-ci sont apparues pour la 1ère fois peu avant la date des règles manquantes, noires, ont duré quelques jours, se sont interrompues, puis ont repris, rouges, tous les jours, depuis 8 jours; il existe des douleurs pelviennes droites à type de crampes, permanentes, avec exacerbation paroxystique. Depuis 1 semaine, anorexie, asthénie, seins tendus, vertiges.
- corps utérin augmenté de volume. Dans le cul de sac droit, petite masse très douloureuse, à peu à distance de la corne utérine.
- N.F. : Globules rouges 4.300.000, globules blancs 5.000. Diagnostic biologique positif peu avant l'hospitalisation.
- Diagnostic avancé : grossesse extra-utérine.
- Coelioscopie : pas de grossesse extra-utérine. Trompes et ovaires normaux.
- Evolution : le lendemain de la coelioscopie, métrorragies augmentant. Douglas et cul de sac droit douloureux. Quelques jours après le diagnostic biologique est toujours positif. IL s'agit donc d'une grossesse intra-menacée. La malade sort, on n'a pas de renseignements sur la suite de l'évolution.
La coelioscopie a éclairé un diagnostic qui aurait été cliniquement très difficile.

N° 38 - Madame P... Raymonde, 35 ans

- 2 accouchements normaux, 2 fausses-couches provoquées.
- Vient consulter pour un retard de règles de 1 mois, avec métrorragies quotidiennes depuis 10 jours; douleurs scapulaires gauches importantes, et douleurs précordiales. syncopes.
- A l'examen, pas de glaire. Corps gros et mou, mais il s'agit d'une multipare. Cul de sac droit sensible. RAS par ailleurs.
- Réaction biologique de grossesse négative 3 jours après l'entrés.
- Diagnostic avancé : grossesse extra-utérine.
- Coelioscopie : (le jour de l'entrée) pas de sang. grossesse intra-utérine. L'ovaire gauche parait volumineux.
- La coelioscopie a permis un diagnostic difficile cliniquement.

- o O o -

# - KYSTES DE L'OVAIRE -

N° 39 - Madame P... Anne-Maria, 26 ans.

- 2 accouchements normaux.
- Aménorrhée apparue il y a 2 mois. Métrorragies abondantes depuis 3 semaines, avec douleurs de la fosse iliaque gauche. Signes sympathiques de grossesse depuis la même date. Température à 37°5.
- Col normal, d'où sourd une glaire abondante. Corps utérin normal. Masse douloureuse de la taille d'un citron dans le cul de sac gauche.
- Diagnostic posé cliniquement : grossesse extra-utérine.
- Le lendemain de l'entrée : le toucher vaginal sous anesthésie ne retrouve plus de masse dans le cul de sac gauche.
- Coelioscopie : pas de grossesse extra-utérine. Kyste de l'ovaire gauche redresse le diagnostic (difficile)

N° 40-Madame B... Renée, 27 ans.

- Fausse couche provoquée fébrile, curetée le mois précédent.
- A l'entrée, n'a pas eu de retour de couches. Métrorragies apparues avant le curetage, et persistant depuis. Douleurs violentes, pelviennes, depuis 8 jours.
- Corps utérin normal. Dans le cul de sac gauche, masse du volume d'un oeuf de pigeon, douloureuse.
- Diagnostic : penche pour la grossesse extra-utérine.
- Coelioscopie :2 jours après l'entrée. Kyste de l'ovaire gauche contenant 60 cc de liquide chocolat. Evacuation totale. Redresse des suspicions cliniques erronées et évite une laparotomie.

N° 41 - Madame M... Gabrielle, 40 ans

- 2 accouchements normaux.
- Retard de règlesdde 15 jours, et métrorragies permanentes et spontanées depuis 1 mois environ. A la date présumée des règles, expulsion spontanée de débris membraneux d'aspect

fortement décidual.
- A l'examen, col déchiqueté, gros, et mou. Culs de sac libres.
- Numération normale. Réaction biologique de grossesse négative 3 jours avant la consultation.
- Diagnostics soulevés : dysménorrhée membraneuse, ou grossesse extra-utérine?
- Coelioscopie (pas de délai d'observation ) un ovaire porteur d'un kyste séreux rompu; kyste lutéinique probable.
- Curetage le même jour (pour évacuer les débris restants).
Coelioscopie ayant tranché le diagnostic.

N° 42 - Madame A... Jacqueline,
- Pas d'antécédents pathologiques.
- Consulte après 2 mois d'aménorrhée effective, masquée par deux périodes de métrorragies à la date présumée des règles. Seins tendus, nausées et vomissements depuis 2 mois; hypersomnie; lipothymies.
- A l'examen, col mou, corps augmenté de volume, cul de sac gauche contenant une masse de la taille d'une mandarine, mobile, indolore.
- Coelioscopie : kyste fonctionnel folliculaire ponctionné sous coelioscopie, et dont l'examen histologique montre qu'il n'est pas suspect de malignité.
- Diagnostic presque impossible sans coelioscopie qui en outre a évité une laparotomie (ponction de kyste sous coelioscopie).

- o 0 o -

# - D Y S T R O P H I E S  O V A R I E N N E S -

N° 43 - Madame S... Mireille, 28 ans

- Dans les antécédents, on relève la notion de kyste de l'ovaire droit découvert quelques années auparavant.
- Consulte après 3 semaines de retard de règles. Métrorragies apparues depuis 10 jours, noirâtres. Douleurs abdomino-pelviennes droites. 1 lipothymie, il y a 10 jours.
- A l'examen corps utérin gros et mou. Cul de sac droit libre, gauche renittent.
- Réaction biologique négative au 10ème jour de retard de règles.
- Diagnostics avancés : grossesse intra-utérine interrompue
  grossesse extra-utérine?
- Coelioscopie sans délai : pas de sang dans le Douglas. Gros ovaire droit dystrophique.

Coelioscopie redressant donc une erreur de diagnostic difficile à éviter.

N° 44 - Madame T.C.. Chen-Ting, 38 ans.

- 4 accouchements normaux.
- Entre au 26ème jour du cycle. Depuis 8 jours, métrorragies rouges avec caillots, douleurs, nausées.
- A l'examen, corps un peu augmenté de volume, dur; dans le cul de sac droit, masse mal déparée de l'utérus.
- Diagnostic soupçonné : grossesse ectopique. C'est pourquoi on effectue une coelioscopie le jour de l'hospitalisation.
- Diagnostic immunologique négatif le jour de l'entrée.
- Coelioscopie : ovaire droit polydystrophique. Trompe droite normale. A gauche, masse polylobée : ovaire polydystrophique? Trompe inflammatoire avec vésicule?
- Curetage.
- La coelioscopie a permis rapidement un diagnostic exact et impossible cliniquement, du moins dans ces délais.

N° 45 - Madame M... Françoise, 20 ans.

- Consulte pour un retard de règles de 2 mois. Métrorragies apparues depuis 12 jours. Depuis l'aménorrhée, seins augmentés de volume, ténesmes et pollakiurie, sensation d'estomac creux. Douleurs pelviennes et dyspareunie.
- A l'examen, corps utérin normal. Cul de sac gauche et Douglas sensibles.
- La réaction biologique était négative au début de l'éménorrhée.
- Diagnostic suspecté : grossesse extra-utérine.
- Coelioscopie (sans délais) : pas de grossesse extra-utérine. 2 ovaires dystrophiques (le gauche plus que le droit) Trompes normales.

N° 46 - Madame Z... Gracieuse, 25 ans/

1 accouchement normal.

- Consulte pour douleurs permanentes avec exacerbation paroxystique, de siège abdomino-pelvien avec irradiation thoraciques. Pas de retard de règles, mais dernières règles anormalement douloureuses. Lipothymies.
- Corps utérin légèrement augmenté de volume. Cul de sac droit légèrement empâté, sans masse perceptible. Dans le cul de sac gauche, on sent une masse de la taille d'une amande, très externe : ovaire?
- Le diagnostic biologique était négatif peu de jours avant la consultation.
- 3 jours d'observation hospitalière. Examens successifs. A l'un d'eux, on sent une masse latéro-utérine droite, au suivant on sent une masse de chaque côté.
- Coelioscopie (au 3ème jour) : pas de grossesse extra-utérine. 2 hydrosalpinx. Epreuve au bleu négative. 2 ovaires dystrophiques.

Coelioscopie facilitant un diagnostic difficile.

- o O o -

- A N N E X I T E S -

N° 47 - Madame W... Emilie, 19 ans.

- La malade entre dans le service pour une aménorrhée de 5 semaines avec douleurs et métrorragies. A l'interrogatoire on apprend que, pour ces mêmes troubles, elle a subi un curetage en ville la semaine précédente. On aurait trouvé à l'époque, à l'examen, "un utérus de grossesse". Après l'intervention, métrorragies et douleurs ont persisté, et des leucorrhées abondantes se sont installées.

- A l'examen, utérus augmenté de volume, dans le cul de sac droit, masse postérieure et gauche basculant l'utérus, douloureuse. Annexes normales.

- Test immunologique négatif à 1 mois et demi de grossesse présumée (effectué le lendemain de l'entrée dans le service). Numération formule : 4.150.000 globules rouges, 9.500 globules blancs, 66% de poly.

- 3 jours d'hospitalisation avant la coelioscopie, pendant lesquels la température de la malade s'élève à 38°.

- Diagnostics discutés : grossesse extra-utérine?
Salpingite?

- Coelioscopie : utérus gros, rond, peut-être encore gravide. Adhérence au sigmoide à gauche, grêle à droite. Aspect inflammatoire du Douglas, plus rouge dans sa portion gauche. Pyosalpinx.

La coelioscopie a donc dans ce cas permis de confirmer l'un des diagnostics évoqué cliniquement, et de prendre les décisions thérapeutiques en conséquence.

N° 48 - Madame M... Nicole, 17 ans et demi.

- Dernières règles normales 2 mois avant la consultation. Manoeuvres abortives apparemment suivies de succés 15 jours avant l'entrée. Les métrorragies persistent depuis.

- A l'examen, col entrouvert d'où sourd du sang. Corps de volume normal. Douleur dans le cul de sac droit.

- Numération-formule : 4.310.000 globules rouges, 6.200 globules blancs dont 66% de poly.
- Diagnostics soulevés : réaction annexielle post-abortum
grossesse extra-utérine.
- Coelioscopie (sans délai) : réaction annexielle droite post-abortum.

La coelioscopie a tranché une alternative diagnostique et permis la décision thérapeutique en évitant une intervention.

N° 49 - Madame R... Louisette, 23 ans.

- 1 fausse-couche provoquée au 4ème mois.
- Consulte pour retard de règles de 3 semaines. Douleurs depuis quelques jours, métrorragies ayant débuté la veille de la consultation. Pas de plateau thermique.
- A l'examen, corps augmenté de volume et mou. Dans le cul de sac droit, masse du volume d'une noix. Douglas douloureux. Du sang sur le doigtier.
- numération-formule : 4.760.000 globules rouges, 11.800 globules blancs, 61% poly. Diagnostic immunologique négatif à l'entrée dans le service.
- Diagnostic avancé cliniquement avec une presque certitude: grossesse extra-utérine.
- Coelioscopie : pas de grossesse extra-utérine. Aspect inflammatoire. Sérosité dans le Douglas : salpingite chronique.
- la coelioscopie a eu ici un rôle irremplaçable, redressant un diagnostic clinique erroné et pourtant vraisemblable d'après les seules données cliniques, et évitant ainsi une laparotomie inutile.

N° 50 - Madame P... Danielle, 28 ans.

- Antécédents de péritonite appendiculaire il y a 3 ans.
- Consulte pour un retard de règles de 3 semaines, accompagné de métrorragies ayant débuté aux alentours de la date présumée des règles et confondues avec elles, puis intermittentes;

Devenues récemment abondantes avec caillots. Douleurs pelviennes variables.

- A l'examen, corps utérin douloureux à la mobilisation. Culs de sac sensibles, sans masse.
- Réaction biologique négative le jour de l'entrée.
- Coelioscopie (2 jours après l'hospitalisation) : pas de grossesse extra-utérine; très importantes séquelles inflammatoires dissimulant la trompe gauche. Poche séreuse plastique à droite.

Hâte le diagnostic, et le facilite.

N° 51 - Madame M... Monique, 27 ans.

- Antécédebts obstétricaux chargés : à l'age de 16 ans, grossesse pathologique. Accouchement prématuré à 6 mois et demi d'un enfant de 1 kg. Après l'accouchement, salpingite puis aménorrhée durant 8 mois.
- Entre dans le service avec un retard de règles de 25 jours. Métrorragies ayant débuté il y a 12 jours, accrues actuellement, avec caillots. Douleurs sourdes, permanentes, avec recrudescence de type expulsif. Seins tendus, nausées, 2 vertiges.
- Corps utérin un peu gros, douloureux, rétroversé. Toucher rectal indolore. Douglas douloureux au toucher vaginal, en arrière et à droite où le cul de sac contient une masse mollasse, très douloureuse.
- Hypothéses diagnostiques : grossesse extra-utérine?
  interruption de grossesse sur utérus rétroversé?

La masse constatée est-elle une grosse trompe? Est-ce un hématosalpinx.

La coelioscopie (effectuée le 4ème jour) : utérus normal en rétroversion, relié au rectum. Les 2 trompes sont rouges, congestives, avec 1 méso congestif, violacé. Trompe gauche vue jusqu'au pavillon, pas de franges visibles.

Trompe droite : pavillon non vu. Salpingite hémorragique.
- On fait un curetage biopsique : résultats histologiques : muqueuse endo-utérine avec transformation déciduale localidée et présence de villosités choriales fibrosées.
La coelioscopie a donc confirmé l'un des diagnostics avancé (grossesse interrompue) tout en découvrant une salpingite hémorragique qui échappait aux investigations cliniques.

N° 52 - Madame P... Danielle, 21 ans.
- Primo-infection tuberculeuse à 12 ans.
- Consulte pour une aménorrhée de 5 semaines, accompagnée de métrorragies ayant débuté à la date présumée des règles, et duré 15 jours, noirâtres, rares. Température variable entre 36°6 et 37°.
- Données de l'examen clinique nonreportées sur l'observation; en tout cas le diagnostic suspecté cliniquement était celui de grossesse ectopique.
- Coelioscopie : annexite aigue.

n° 53 - Madame R... Dominique, 28 ans
Consulte pour retard de règles de 10 jours, avec métrorragies.
A l'examen, corps utérin normal, dans le cul de sac gauche, une masse de la grosseur d'une orange, douloureuse.
- Numération-formule : 3.600.000 globules rouges, 11.400 globules blancs dont 92% de poly; donc hyperleucocytose à polynéaose.
- Diagnostics discutés :
  - grossesse extra-utérine, bien que la masse soit trop grosse et peu douloureuse, et qu'il n'y ait pas de signes fonctionnels d'hémorragie interne?
  - avortement provoqué (notion d'ingestion de quinine)

- kyste fonctionnel (peu vfaissemblable car température à 37°2 et absence de glaire).
- kyste ovarien et grossesse, surtout?

- Coelioscopie (le lendemain de l'entrée) pas de grossesse extra-utérine. Ovaire gauche un peu gros.

La coelioscopie a permis d'éclairer et de hâter un diagnostic très controversé cliniquement.

- o O o -

- ASPECT NORMAL

N° 54 - Madame B... Odette, 29 ans.

- Antécédents : appendicectomie. Salpingite. 2 fausses-couches provoquées.
- Consulte pour un retard de règles de 3 semaines. Douleurs pelviennes gauches par crises, ayant débuté depuis 10 jours, accompagnées de troubles digestifs. Malaises lors des crises. Température à 36°9 le matin. Leucorrhées abondantes.
- Douleur à la mobilisation utérine. Cul de sac gauche très douloureux.
- Très légère anémie à 4.170.000. Formule blanche normale. Réaction biologique négative à 15 jours de retard de règles et de nouveau négative à la 3ème semaine.
- Diagnostic clinique : grossesse extra-utérine interrompue?
- Coelioscopie : légère sérosité dans le Douglas. Trompes normales (pavillon droit non vu). Ovaire normaux (traces de follicules). Utérus normal, ne semble pas gravide.
La coelioscopie a redressé rapidement un diagnostic erroné.

N° 55 - Madame G... Ginette, 35 ans

- consulte après 3 semaines d'aménorrhée effective. Des métrorragies sont apparues au 8ème jour de retard, noiratres prises pour les règles manquantes, en même temps que des douleurs de la fosse iliaque gauche et lombaires, permanentes depuis. Les métrorrgies ont réapparu à 3 semaines de retard. Il existe des vomissements intermittents. La temparature est à 37° 5.
- A l'examen, glaire filante sortant d'un col métritique et violacé. Corps un peu gros et très douloureux. Cul de sac gauche très douloureux, sans masse.
- Numération formule (2 jours après l'entrée dans le service) : 4.130.000 globules rouges, 9.000 globules blancs, 75% de poly . Réaction biologique négative dans le service (3 semaines de retard).

- Coelioscopie ( au 2ème jour d'hospitalisation) : trompe gauche normale, d'aspect cruenté. Trompe droite dilaté, mais non gravide. Pas de grossesse extra-utérine.
La coelioscopie facilite un diagnostic difficile.

N° 56 - Madame S... Françoise, 38 ans

- Malade sous traitement hormonal : Norluten, pour troubles hormonaux.
- Consulte pour un retard de règles de 3 semaines, avec douleurs pelviennes, nausées, et seins tendus.
- Corps utérin gros, mou, remontant au dessus de l'ombilic.
- Réaction biologique non faite.
- Coelioscopie , le jour de l'entrée : petit nodule à l'origine de la trompe droite. Pas de sang. Pas d'endométriose. 2 ovaires sans corps jaune visible. Gros utérus avec fibrôme postérieur.
- Le diagnostic évoqué cliniquement avait été celui de grossesse extra-utérine. La coelioscopie a donc permis de l'écarter.
- Néanmoins, l'évolution laisse perplexe sur le diagnostic positif exact : en effet, la malade sort. On ne suit pas la courbe thermique (à cause du traitement hormonal). On pense qu'elle n'est pas enceinte, mais le doute persiste.

N° 57 - Madame B... Nicole, 24 ans

- 1 accouchement normal, 1 fausse-couche provoquée.
- Consulte après 7 jours de retard de règles, avec des douleurs pelviennes droites depuis le même temps.
- Examen non retranscrit.
- Numération, formule normale. Réaction biologique négative le lendemain de l'entrée.
- Evolution : a ses règles le lendemain de la consultation, mais persistance d'un point douloureux dans le Douglas, et de "quelque chose" dans le cul de sac droit. Le diagnostic hésite entre grossesse extra-utérine et surtout kyste hématique rompu.

- Coelioscopie normale
- La coelioscopie a donc ici redressé une erreur diagnostique qui aurait entraîné une intervention chirurgicale.

N° 58 - Madame R... Edith, 36 ans

- 3 accouchements normaux.
- Entre avec une aménorrhée de 5 semaines. Des métrorragies sont survenues, d'abord un peu avant la date présumée des règles manquantes, rouges, puis un peu après, noire, abondantes. Des douleurs pelviennes droites se sont installées à la même période.
- Col dur, corps peu augmenté de volume, dans le cul de sac droit, masse régulière, de la taille d'une orange, peu douloureuse, séparée de l'utérus par un sillon. Douglas indolore.
- Réaction biologique de grossesse négative à l'entrée.
- Diagnostic avancé : grossesse extra-utérine.
- Coelioscopie :pâs de grossesse ectopique. Trompes normales - pas de délai d'attente).
- Evolution : 3 jours après la coelioscopie, la malade est réglée normalement. La masse persiste. Elle est vraisemblablement intra-ligamentaire et de nature inflammatoire. La coelioscopie a hâté le diagnostic, et redressé une erreur de diagnostic clinique.

N° 59 - Madame L... Eliane, 22 ans

- Consulte pour douleurs pelviennes droites, avec dyspareunie profonde, apparues depuis 3 semaines. Les dernières règles sont apparues à la date normale, mais étaient sensiblement plus courtes.
- A l'examen, tuméfaction sensible, haute, dans le cul de sac droit.
- Diagnostic suspecté : grossesse extra-utérine.
- Coelioscopie : le jour de l'entrée : Appareil génital normal. Pas d'endométriose.

La coelioscopie a hâté et facilité le diagnostic

N° 60b- Madame D... Catherine, 27 ans

- 1 accouchement normal.
- Consulte pour métrorragies. Elles ont débuté à la date présumée des règles et, étant rouges, ont été confondues avec elles. Puis elles ont repris, noires, quelques jours après et ont augmenté en importance. En même temps sont apparues des douleurs de la fosse iliaque droite, continues, avec exagération paroxystique. Seins tendus, syncopes.
- Corps utérin de volume normal, mou. Cul de sac droit très douloureux, contenant une masse allongée, ressemblant plus à une trompe qu'à un ovaire.
- Numération formule : anémie à 3.690.000 globules rouges, 7.800 globules blancs. Diagnostic immunologique négatif à l'entrée.

Coelioscopie (le lendemain de l'entrée) : pas de grossesse extra-utérine. Annexe droite normale. A gauche, un corps jaune.

- Compte-rendu opératoire : muqueuse en état folliculinique, atypique. Ni villosités, ni caduque.
- La coelioscopie a permis ici un diagnostic très difficile cliniquement.

N° 61 - Madame B... Elke, 22 ans

- Consulte pour une hyperthermie persistante 12 jours après la date des dernières règles.
- A l'examen, utérus normal, dans le cul de sac droit, on trouve une masse sensible.
- Diagnostic suspecté : grossesse extra-utérine
- Coelioscopie : normale
- Biopsie de l'endomètre : muqueuse en état folliculinique. Mitoses dans les tubes galndulaires. Pas de glycogène.

N° 62 - Madame M... Fortunée, 31 ans

- 2 accouchements normaux, 3 fausses-couches spontanées.
- Consulte pour un retard de règles de 7 semaines. Les métrorragies, noires, ont débuté au 15ème jour de retard, et persistent depuis. Douleurs pelviennes. Nausées. Syncopes.
- Col violacé; corps utérin de volume normal, indolore. Dans le cul de sac droit, une masse haute, de la taille d'un abricot, indolore, mobile. 1 masse douloureuse dans le Douglas.
- numération formule : globules rouges 4.100.000, globules blancs 3.500, 64% poly. Diagnostic biologique négatif à l'entrée.
- Diagnostic suspect cliniquemont : grossesse extra-utérine
- Coelioscopie (le lendemain de l'hospitalisation) : pas de grossesse extra-utérine. Emphysème épiploique génant la vision. Pas de sang. Aspect vélamenteux annexiel droit. Trompe gauche normale.

La coelioscopie a rapidement redressé le diagnostic.

- o O o -

# - C A S  C O M P L E X E S  O U  D O U T E U X -

N° 63 - Madame T... Dakhta 24 ans

- N'est pas enceinte apres 5 ans de mariage.
-Retard de règles de 3 semaines. Métrorragies apparues depuis 8 jours, abondantes, noires, semblant provoquées par un accident de la voie publique.
-Réaction biologique négative au moment de l'accident. Numération: 4.150.000 G.R., avec polynucléose à 80%.
-Examen: corps utérin peu volumineux. Dans le Douglas, masse douloureuse du volume d'une poire (annexe prolabée ??)
-Diagnostic posé: grossesse ectopique ?
-Coelioscopie (le lendemain de l'hospitalisation): kyste hématique. Salpingite bilatérale.
-Coelioscopie facilitant et hâtant le diagnostic.

N° 64- Madame B... Augustine

- Pas d'antécédents particuliers
-Consulte au 25ème jour du cycle pour des métrorragies apparues depuis le 11ème jour et des douleurs pelviennes droites depuis la même date. A eu une lipothymie.
-A l'examen: col mou et violet - le corps utérin n'est pas gros; dans le cul de sac droit masse indolore de la taille d'une noisette.
-Numération, formule sanguine: 3.900.000 G.R. -légère hyperleucocytose (10.800) sans polynucléose excessive (67%)
-Réactions biologiques de grossesse négatives le 17/10 et le 27/10 (les 17ème et 27eme jours du cycle).
-Cliniquement on hésite entre une ovulation douloureuse, une grossesse extra-utérine et une annexite aigüe.
-Le délai d'observation est de quelques jours en ville, pendant lesquels les métrorragies augmentent ainsi que les douleurs, une fièvre à 38°5 s'est installée depuis quatre jours. La masse gauche a grossi est tres douloureuse, presque prolabée dans le Douglas, cette constatation entraîne la décision d'une hospitalisation pour coelioscopie.
-Coelioscopie: Hématocèle à opérer - trompe droite baignant dans le sang, ovaires vus gros, grossesse extra-utérine ou kyste hémorragique?

-Compte rendu opératoire: on découvre du coté droit un kyste de l'ovaire rompu de la taille d'une petite mandarine, capitonnage et surjet de l'ovaire droit; annexe gauche normal; trompe perméable.
-A l'examen histologique de la pièce: kyste folicullaire hémorragique.

N° 65- Madame W... Judith.

- Stérilité primaire: anovulation. Suivie et traitée dans le service par hormonothérapie. Hystérosalpingographie normale.
-Le délai d'observation est étalé sur 6 semaines, dont la majeure partie sous forme de consultations régulières à l'hopit
-La 1ère consultation après quelques jours de retard de règles retrouve à l'examen un petite masse considérée comme un kyste fonctionnel.
-La semaine suivante 1 jour de métrorragies, accompagnées de douleurs peu intenses.
Lors de la 2ème consultation (15 jours après les métrorragies ) l'aménorrhée persiste. A l'examen le col est violacé. On hésite entre trois possibilités: kyste ovarien, grossesse ectopique grossesse intra-utérine menacée.
8 jours plus tard (soit à la 6ème semaine d'aménorrhée) la masse retrouvée dans le cul de sac gauche est de la taille d'une orange, indolore. On demande des dosages hormonaux, effectués la semaine suivante, dont les résultats sont élevés.
L'hospitalisation est alors décidée, pour tirer au clair le diagnostic étiologique.
Le toucher vaginal sous anesthésie générale immédiatement avant la coelioscopie, constate l'existence dans le cul de sac gauche d'une masse de la grosseur d'une mandarine. On pense qu'il s'agit d'un ovaire. L'utérus est petit, inférieur à celui d'un utérus gravide.
-Le diagnostic biologique de grossesse, pratiqué le même jour, reviendra positif).
-Coelioscopie: utérus de petite taille, mais énorme kyste de l ovaire gauche avec corps jaune.

N°66- Madame F... Andrée 38 ans

-En 1956, grossesse extra-utérine droite, annexectomie.
-Consulte pour un retard de règles de 15 jours. A eu des métrorragies depuis le 10è jour du cycle précédent, irrégulières persistantes malgré l'hormonothérapie mâle qui avait été pratiquée en ville.
-Corps utérin un peu augmenté de volume. Dans le cul de sac gauche, une masse mal limitée, sensible. Douglas sensible.
-2 étiologies envisagées: grossesse débutante ou grossesse ectopique?
-Coelioscopie: pratiquée le lendemain de la consultation: trompe gauche augmentée de volume, congestive et collée à l'ovaire gauche, et à la face postérieure de l utérus par des adhérences inflammatoires. Ponction de 11 cc de liquide clair dans l'ovaire gauche. A l'histologie kyste folliculaire avec lutéinisation de la thèque, non suspect.
-Coelioscopie nécéssaire au diagnostic.

N°67 - Madame F... Gabrielle

- Appendicectomie avec abces du Douglas vers 15 ans . Fausse couche spontanée en Mai 1961.
-Aménorrhée de 2 mois. Métrorragies de la 4è à la 6è semaine de l'aménorrhée. Lipothymies; température au dessus de 37°
-Examen; corps utérin normal. Douglas sensible en haut (annexe prolabée?)
-Anémie discrète: 4.000.000 Réaction biologique de grossesse négative à la 6ème semaine de grossesse (présumée), positive quelques jours plus tard (3 follicules).
-Evolution: 5 jours s'écoulent entre la 1ère consultation et l'hospitalisation. Celle-ci est décidée sur une reprise des métrorragies, abondantes, et l'apparition de douleurs. A l'examen douleur de la corne gauche et du Douglas. Empâtement du cul de sac gauche.
-La coelioscopie est pratiquée le lendemain de l'hospitalisation: utérus à peine augmenté de volume, non retrouvé à la

clinique. Déformation de la corne gauche. Ovaire gauche non visible. Abstention thérapeutique décidée.
-Réaction biologique négative après 3 jours.
-Finallement, une laparotomie exploratrice est pratiquée quelques jours apres la coelioscopie: l'utérus est peu augmenté de volume, gravide, ramolli. Trompes et ovaires normaux, pas de trace de corps jaune. Oedème important du ligament large, surtout net à la face postérieure. Curetage: débris placentaires Pas d'embryon. Placenta non fonctionnel.
-Là la coelioscopie n'a pu trancher, mais à écarté le diagnostic de grossesse extra.

N°68-Madame D... Jeanne 34 ans

-Stérilité primaire depuis 13 ans (involontaire?)
-Date des dernières regles normales difficiles à préciser. les métrorragies ont largement recouvert la période des regles suivantes. Thérapeutique hormonale mâle.
-A l'examen: utérus normal. Dans le cul de sac gauche, grosse masse postérieure dure, irrégulière.
-Numération formule: anémie très discrète à 4.100.000, polynucléose à 77 % sans hyperleucocytose (7.500). Réaction biologique de grossesse négative à la 3ème semaine de retard de règles.
-Observation de 5 jours en milieu hospitalier. Coelioscopie pratiquée au 5è jour. On a soulevé 2 hypothèses diagnostiques fibrome et grossesse extra-utérine.
-Coelioscopie: caillots de sang dans le Douglas. Adhérences sigmoïdiennes cachant l'annexe gauche. Kyste séreux bleuté. Pas de conclusions possibles.
-Dans ce cas la coelioscopie a seulement permis de constater l'existence d'une hématocèle dont l'origine est demeurée imprécise (la malade n'a pas été revue après sa sortie avec un traitement de Lantol, alors qu'elle devait revenir à la consultation). On touche là les limites d'un instrument de diagnostic purement visuel et non étiologique.

N°69 - Madame A... Pilar 27 ans

-Un accouchement normal.

-Consulte pour un retard de regles de 3 semaines sans métrorragies, concommittantes, avec crises douloureuses durant quelques secondes. Temp rature à 37°7. Seins tendus. Lipothymie. Dysurie.

-Corps utérin un peu augmenté de volume. Cul de sac droit libre Cul de sac gauche souple, contenant une masse douloureuse antérieure, de la taille d'une noix, immobile, indépendante de l'utérus.

-Diagnostic évoqué: grossesse extra-utérine.

-Coelioscopie (le lendemain de l'entrée): trompes normales. Dans le péritoine, un peu de sang, rouge, provenant probablement de l'ovaire; ovaire gauche très gros, avec un point hémorragique: kyste se vidant en coelio.

-Evolution: on pratique, après la coelioscopie, une réaction biologique de grossesse qui est positive (à 1 mois 1/2 de grossesse).

-Diagnostic difficile facilité par la coelio.

N°70- Madame P... Annick 27 ans

-pas d'antécédents pathologiques.

-consulte pour un retard de regles de 12 jours, sans métrorragies, 2 crises de douleurs paroxystiques de type expulsif accompagnées de troubles digestifs, dans les 8 jours précédant l'entrée.

-Corps utérin normal. Cul de sac droit libre. A gauche masse très douloureuse, bien limitée.

-On pense à des troubles hormonaux plutot qu'à une grossesse ectopique, mais on demande néanmoins une coelioscopie à cause de cette dernière hypothese.

-Coelioscopie (le lendemain de l'entrée): pas de grossesse extra-utérine. Kyste hematique gauche. A opérer.

-Compte rendu opératoire: il y a dans le péritoine du sang qui provient de l'ovaire gauche, siege d'un kyste lutéinique volumineux. En fait corps jaune volumineux. L'utérus peu augmenté de volume, est cependant d'aspect gravide. Aussi referme-t-on sans toucher à rien (dans l'absence de diagnostic de

-Evolution: le diagnostic de grossesse demandé après l'intervention est positif. Les dosages hormonaux très bas.
Evolution ultérieure: grossesse persistante avec troubles hormonaux.
-Coelioscopie écarte le diagnostic de Grossesse extra-utérine mais passe à côté de celui de grossesse intra. On est obligé de faire une laparotomie.

N° 71-Madame R... Lucienne 35 ans

Vient consulter pour un retard de règles de 2 mois. Des métrorragies sont apparues depuis 8 jours.
- A l'examen, le col est gros et donne passage à des membranes On sent une petite masse dans le cul de sac gauche.
-Des dosages hormonaux quantitatifs ont été pratiqués 8 jours avant l'entrée de la malade dans le service: prolans à 1250 U.I.
-Diagnostics cliniquement envisagés: rétention d'oeuf mort + kyste ovaire; grossesse extra-utérine.
-Coelioscopie (le jour de l'entrée): utérus un peu augmenté de volume. Kyste de l'ovaire gauche.
-Compte rendu opératoire: fausse couche spontanée. A l'histologie: villosités en cours de fibrose, et caduque en cours de cytolyse.
-Coelioscopie confirmant un diagnostic hésitant

N°72- Madame H... Simone 31 ans

-consulte pour la 1ère fois après 15 jours de retard de règles Métrorragies et douleurs sont apparues un peu après la date présumée des règles manquantes et ont duré une dizaine de jours A eu une lipothymie. L anamnèse retrouve la notion de rapports sexuels au 15ème jours du cycle. Le diagnostic biologique de grossesse etait negatif au 8eme jour de retard. A L'examen, cul de sac gauche douloureux contenant une masse?
-2ème consultation 8 jours plus tard: a eu des métrorragies et des douleurs depuis 48 heures. Courbe thermique au dessus de 37°. A l'examen, utérus gros, glaire coagulée sur le col, Douglas indolore, cul de sac gauche empâté.

-Diagnostics envisagés: avant tous, grossesse intra-utérine
-grossesse ectopique?
-kyste lutéinique?

-L'hospitalisation est alors décidée et la coelioscopie pratiquée

-Coelioscopie: ovaire dystrophique gauche. Aspect de kyste folliculaire.

-Evolution après la coelioscopie:

Continue à saigner et à souffrir. 15 jours après la coelioscopie, soit à 5 semaines d'aménorrhée, on pratique une hystérosalpingographie qui montre une ombre anormale dans l'utérus; polype? Une biopsie de l'endomètre ramène des morceaux de caduque. Le lendemain curetage ramenant des débris placentaires. Résultats histologiques: muqueuse un peu irrégulière pénétrée par des cellules inflammatoires; vaisseaux très fortement sclérosés. Quelques larges cellules dans les manchons vasculaires ayant l'aspect de cellules déciduales anciennes.

# - INTERET DE LA COELIOSCOPIE POUR LE DIAGNOSTIC DE LA GROSSESSE EXTRA UTERINE -

Grâce à la coelioscopie, le diagnostic est rendu plus rapide, plus facile, plus précoce.

1) Plus rapide

La coelioscopie tranche immédiatement les éventuelles hésitations diagnostiques et met ainsi fin à la "mise en observation". Or, à par quelques cas où celle-ci a duré plusieurs jours avant que l'on prenne la décision de faire une coelioscopie, celle-ci a en général été pratiquée presque immédiatement après l'entrée à l'hôpital, épargnant ainsi le temps une latence non négligeable.
C'est ainsi que, sur les 26 grossesses extra-utérines détectées à la coelioscopie,

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 6 | l'ont | été | le | jour | de | l'entrée |
| 7 | " | " | après | 1 jour | d'observation | |
| 6 | " | " | " | 2 | " | " |
| 1 | " | " | " | 3 | " | " |
| 1 | " | " | " | 4 | " | " |
| 1 | " | " | " | 5 | " | " |
| 2 | " | " | " | 6 | " | " |
| 1 | " | " | " | 10 | " | " |

La majorité des coelioscopies (20 / 26 ) a donc été diagnostiquée moins de 4 jours après l'hospitalisation. Ceci peut être consideré comme un gain de temps appréciable par rapport à la méthode classique.

2) Plus facile

Si l'on reprend les différentes conditions dans lesquelles le diagnostic a été posé et le degré d'utilité de la coelioscopie pour y parvenir, on aboutit aux faits suivants :

- Certes, dans 7 cas, on aurait très bien pu se passer de la coelioscopie pour poser le diagnostic : observations n° 1, 8, 11, 18, 23, 24, 25. Parmi eux :
  - 2 syndromes évidents de rupture avec inondation péritonéale (n° 18 et 25)

- 1 tableau évident d'hématocèle (n° 23)

- les autres réunissaient au complet les symptômes de grossesse extra-utérine non compliquée typique.

Les coelioscopies ont été faites, soit à titre purement pré-opératoire dans les cas de rupture, soit pour des raisons de commodité dans les autres cas.

- A l'opposé, dans 6 cas, la coelioscopie s'est revelée indispensable au diagnostic (observations n° 2, 5, 9, 13, 17, 19).

= dans les cas des observations n° 2, 9, 17 les troubles existaient depuis longtemps lors de la première consultation dans le service et avaient été pris pour des métrorragies d'origine hormonale. Ce n'est qu'à titre systématique que la possibilité de grossesse extra-utérine a été évoquée et a déclanché la demande de coelioscopie.

= les cas des observations n° 13et 19, également vus après un certain temps de latence, avaient donné lieu à de nombreuses hypothèses diagnostiques dont chacune impliquait une attitude thérapeutique différente : la coelioscopie a été indispensable pour trancher, d'ailleurs dans un sens différent de ce qui avait été soupçonné préférentiellement sur le plan clinique.

- Dans 13 cas intermédiaires, la coelioscopie, avec des nuances diverses, a apporté une contribution bénéfique au diagnostic, en permettant de résoudre les diffidultés comportées par les formes soit très précoces, soit atypiques, soit dissociées.

Les signes fonctionnels manquent rarement, mais peuvent revetir des aspects trompeurs. Mais ce qui rend le diagnostic clinique difficile est le plus souvent l'absence de masse latero-uterine perceptible au toucher pelvien, qu'elle soit due à sa taille très modeste au tout début, ou à une simple difficulté de mise en évidence clinique.

C'est dans ces cas que la coelioscopie, en objectivant de façon indiscutable l'existence d'un hématosalpins, lève tous les doutes (cf. observation n° 3)

3) Plus précoce

En effet, sur les 28 grossesses extra-utérines détectées, la répartition était la suivante (étant entendu que certaines femmes présentaient à la fois 1 hématosalpinx et une hématocèle discrète, par exemple) :

- 18 hématosalpinx non rompus (2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 15, 16, 17, 19, 20, 23, 24, 26)
- 7 hématocèles, dont 5 discrètes (11, 12, 13, 14, 15)
  2 assez importantes (1, 23)
- 4 épanchements sanguins minimes dans le péritoine (7, 10, 16, 19)
- 2 avortements tuboabdominaux (10, 21)
- 2 fissurations (11, 13)
- 1 rupture punctiforme (12)
- 4 ruptures franches (18, 22, 25, 1)

Par conséquent, dans 18 cas sur 26, le diagnostic a été fait au stade d'hématosalpinx non rompu, et l'on peut considérer ce fait comme un progrès notable, non seulement sur le plan du diagnostic aux stades de début, mais également, comme nous allons le voir, par ses implications pronostiques.

- o O o -

| CASE | ANTECEDENTS | | | Degré de Facilité du Diagnostic | Diagnostic clinique confirmé ou infirmé | Nécessité diagnostique de la coeliosconie | Avantages<br>Commentaires |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | FCP | GEU | Stérilité | | | | |
| 1 | + | + | | ++ | + | – | |
| 2 | + | | | – | – | ++++ | Coelioscopie systématique ayant seule permis le diagnostic |
| 3 | | | + | – | ± | | ++ |
| 4 | | | | ± | – | | ++ |
| 5 | | | | – | – | Intervention conservatrice | ++++ |
| 6 | + | | | ++ | + | Visibilité limitée ne permettant pas de diagnostic étiologique | + |
| 7 | | + | + | ± | + | | |
| 8 | | + | + | + | + | | – |
| 9 | | | | – – | + | | ++++ |
| 10 | + | | | + | + | Intervention Conservatrice | ++ |
| 11 | + | | + | +++ | + | | – |
| 12 | | | + | ++ | + | Intervention Conservatrice | ++ |
| 13 | | | | – | – | Evite erreur thérapeutique | ++++ |
| 14 | + | | | – | ± | | + |
| 15 | | | | | | | |
| 16 | | | + | + | + | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 17 | | | | − | − | Intervention Conservatrice | ++++ |
| 18 | + | + | | ++++ | + | | − |
| 19 | + | | | − | ± | | ++++ |
| 20 | | | + | + | + | | + |
| 21 | | | | ± | − | | ++ |
| 22 | | | | + | + | | + |
| 23 | | | | − au début<br>++ au moment de la coelio | | Coelioscopie inutile à ce stade -l'aurait été plus tôt | − |
| 24 | | | + | +++ | + | Intervention Conservatrice | − |
| 25 | | + | + | +++ | − | | − |
| 26 | | | + | + | + | | + |

# - INTERET DE LA COELIOSCOPIE POUR LE PRONOSTIC ET LE TRAITEMENT DE LA GROSSESSE EXTRA UTERINE -

1) Diminution des complications

La coelioscopie, en hâtant et facilitant le diagnostic de grossesse extra-utérine, a permis d'intervenir à des stades relativement précoces et peu ou pas compliqués. La répartition précédemment retranscrites des cas diagnostiqués mes en lumière la rareté et le caractére peu important des complications : sur 26 cas,

- 7 hématocèles, dont 5 discrètes,
- 4 épanchements sanguins péritonéaux si minimes qu'on ne saurait les qualifier de complication,
- 2 fissurations et 1 rupture punctiforme qui, prises à ce stade, n'ont présenté aucune conséquence facheuse.
- 4 ruptures franches seulement, et prises relativement tôt.

De cefait, on n'a constaté que dans 1 cas une anémie à 3.300.000 globules rouges. Dans le reste des cas, elle était soit modique, aux environs de 3.7000.000, soit même inexistante. Il est superflu de souligner l'importance de ce fait qui signifie non seulement l'absence de danger vital, mais la possibilité d'intervenir dans de meilleures conditions chez des malades en bon état général, et dont les suites opératoires et le rétablissement ultérieur seront de ce fait plus rapide et de meilleure qualité.

2) Possibilité d'interventions conservatrices

Dans 5 cas privilégiés (observations n° 5, 10, 12, 17, 24,) la précocité et la rapidité du diagnostic ont permis, en arrivant avant un stade évolué et compliqué, d'effectuer de salpingotomies ou des salpingectomies partielles chez des femmes traitées pour stérilité. On a pu ainsi préserver leurs chancer, fragiles certes, mais existantes, de grossesse normale ultérieure.

L'interet de ces interventions conservatrices est évidemment discutable? C'est un problème que hous n'avons pas à examiner ici. Nous ne pouvons toutefois nous empecher de noter que les chiffres que nous avons relevé dans cette série sur les relations entra la stérilité tubaire et la grossesse tubaire offrent des arguments de pessimisme?

Sur 72 femmes ayant subi des coelioscopies pour suspicion de grossesse extra-utérine,

- 36 n'avaient jamais été enceintes,
  - . 11 parmi elles étaient traitées pour stérilité tubaire,
- 45 avaient déjà été enceintes, dont :
  - . 14 avaient des antécédents avoués de fausse-couche provoquée,
  - . 7 avaient déjà eu une grossesse extra-utérine.

La presque totalité des stérilités (10 / 11) est retrouvée dans les cas où la coelioscopie à diagnostiqué une grossesse extra-utérine, ainsi que les 5/7 des grossesses extra-utérines récidivantes. Ces chiffres illustrent le rôle favorisant de la stérilité dans la génèse des grossesses extra-utérines.

Chez ces malades porteuses de grossesses extra-utérines, les antécédents de fausse-couche provoquée étaient également, bien qu'à un moindre degré, fréquents : il s'agit vraissemblablement également d'un facteur favorisant, peut-être par l'intermédiaire d'atteintes salpingiennes discrétes, voire infra-cliniques, mais déterminant destroubles de la perméabilité ou de la motilité de la trompe : 14 / 72 des patientes examinées et 14/ 26 des grossesses extra-utérines confirmées; 9 grossesses extra-utérines sur les 14 antécédents de fausse-couche.

- o O o -

# - AUTRES AVANTAGES DE LA COELIOSCOPIE -

A) Suppression des explorations inutiles

En additionnant toutes les affections qui de par leur nature ne réclamaient pas d'intervention chirurgicale (grossesse intra-utérine , annexites, dystrophies ovariennes, kystes fonctionnels ovairens, et troubles fonctionnels avec image coelioscopique normale), on obtient un chiffre de 42 interventions exploratrices évitées grâce à la coelioscopie.

B) Raccourcissement du temps d'observation

2 ou 3 cas seulement ont été suivi d'abord au consultation. (dans l'un deux (23) la coelioscopie aurait d'ailleurs été profitable à un stade plus précoce que celui auquel elle a été faite). Mais dans l'immense majorité des cas, la coelioscopie a suivi de très prés la 1ère consultation, et s'est située presque à l'entrée de la malade à l'hopital :

31 dans les 24 heures suivant l'hospitalisation
30 dans les 2 jours " "
4 " " 3 " " "
2 " " 4 " " "
2 " " 5 " " "
2 " " 6 " " "
1 " " 10 " " "

C) Diagnostic précis de l'affection simulant la grossesse extra-utérine.

1) les grossesses intra-utérines anormales

Plusieurs types de situations ont été trouvés :

- 11 étaient encore en activité lors de la coelioscopie (27, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 37)
- 3 étaient interrompues
- 5 étaient associées à des kystes ovariens ( 65, 69, 70, 71, 72)

Dans tous les, il s'agissait de grossesses anormales sur le plan hormonal, menacées (métrorragies), chez qui on sentait une masse.

Celle-ci, 2 fois était un bord irrégulier,
souvent un ovaire un peu gros,
un corps jaune volumineux
parfois un véritable kyste, organique, mais plus souvent fonctionnel, luteinique, voire hématique.

En général, le diagnostic avait été plus facile cliniquement que pour les autres affections. Cependant, dans certains cas, le caractère très discret de l'augmentation de volume utérin, du fait de l'insuffisance hormonale associée, explique les difficultés diagnostiques, même parfois à la coelioscopie. Ceci pousse à souligner l'importance relative d'effectuer, conjointement à la coelioscopie, et même avant elle, un diagnostic immunologique (ceci par souci de gain de temps) de grossesse. En effet, dans plusieurs cas, la coelioscopie avait écarté le diagnostic de grossesse extra-utérine, mais est passée à côté de celui de grossesse intra utérine, jusqu'à ce qu, plusieurs jours après, revienne un diagnostic biologique positif ( 65, 69, 70, 72). Dans l'observation n° 70, on aurait pu éviter une intervention chirurgicale, dans un autre cas (n°72) une hystérographie malencontreuse. On touche là, une des limites de la coelioscopie, parfois impuissante à mettre en évidence certains signes à la limite de la visibilité.

<u>Le problème particulier de l'association kyste ovarien et grossesse</u> (obs. 65, 69, 70, 71, 72)

Il pose des problèmes de frontière délicats; lequel des 2 a compliqué, voire égaré, le diagnostic? Lequel des deux dominait la symptomatologie: La grossesse anormale avec métrorragies, retard de règles et douleurs, ou le kyste avec sa masse? Dans 2 cas, la grossesse dominait, dans les

## -GROSSESSES INTRA-UTERINES -

| Observations | Degré de facilité du diagnostic clinique | Diagnostic clinique confirmé par le coelio | Degré d'utilité diagnostic de la coelioscopie | Intérêt thérapeutique de la coelioscopie - Commentaires sur celle-ci | Antécédents gynécologiques |
|---|---|---|---|---|---|
| 27 | ± | – | ++ | | |
| 28 | + | + | + | | primo-infection tuberculeuse |
| 29 | ± | + | + | | |
| 30 | + | + | + | | |
| 31 | + | + | + | | |
| 32 | ++ | + | + | | |
| 33 | ± | ± | ++ | | |
| 34 | + | ± (l'un d'eux) | + | | |
| 35 | ± | + | +++ | | |
| 36 | ± | – | ++ | | |
| 37 | – | ± | ++++ | grossesse + K.O. | |
| 71 | + | ± | + | grossesse + K.O. | |
| 69 | – | – | ++ | A écarté le diagnostic de GEU, mais n'a pas fait celui de grossesse intra. Grossesse + K.O. | |
| 70 | – | – | ++ | Grossesse + K. luléinique, là la coelioscopie a fait le diagnostic de grossesse malgré le volume modéré de l'utérus | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 67 | – | – | ++ | La coelioscopie avait constaté l'existence d'une très discrète augmentation de volume de l'utérus Néanmoins la majoration des troubles a conduit à compléter la coelioscopie par une laparotomie | Aoœndicectom + abcès F.C.S. |
| 38 | – | – | ++++ | Troubles cliniques trompeurs Diagnostic redressé par la coelioscopie | FCP |
| 65 | – | ± | + | Grossesse + K.O. | Stérilité |
| 72 | – | ± | + | | |

autres, le kyste et ses symptomes avaient la 1ère place.

Dans 2 cas, la coelioscopie a été en même temps une intervention thérapeutique, car elle a permis une évacuation totale de kystes hématiques, évitant ainsi une laparotomie.

2) Avec les kystes de l'ovaire

Leskystes de l'ovaire (dont on peut rapprocher les dystrophies ovariennes) sont relativement importants en nombre (18/72). Ils posent donc souvent des problèmes de diagnostic différentiel avec la grossesse extra-utérine, difficiles à résoudre, puisque 3/4 des kystes et 3/4 des dystrophies, ont necessité impérieusement une coelioscopie pour éclairer le diagnostic.

3 aspects sont à retenir : association des kystes et de grossesse intra-utérine,

nature des kystes en cause,

rôle thérapeutique éventuel

de la coelioscopie.

a) association avec une grossesse intra-utérine

5 cas (obs. nº 65, 69, 70, 71, 72)

On a déjà enviségé le probléme au chapitre grossesse intra-utérine.

Il s'agissait tantôt de kystes lutéiniques (2 cas), ou d'aspect folliculaire ou de kystes hématiques, ou de kystes dermoides banaux.

b) nature des kystes en cause

4 hématiques,

3 lutéiniques,

3 folliculaires,

2 non étiquetés de façon précise

1 séreux, sans conclusion diagnostique possible.

c) rôle thérapeutique éventuel de la coelioscopie

Dans 4 cas (n° 66, 69, 40, 42), la coelioscopie a constitué, en sus de son rôle diagnostique habituel, l'unique geste thérapeutique, en permettant de vider entièrement sous contrôle coelioscopique un kyste liquidien (hématique ou séreux) et en vérifiant par un examen anatomo-pathologique, le caractère exempt de malignité. Cette possibilité a épargné 5 laparotomies, dont 2 chez des femmes enceintes.

- o O o -

# -K Y S T E S  D E  L ' O V A I R E-

| N° | Degré de facilité du DG. Clinique | Diagnostic clinique confirmé ou infirmé par Coelio | Degré d'utilité diagnostique de la coelio. | Commentaires. Intérêt thérapeutique de la coelioscopie | Antécédents gynécol. |
|---|---|---|---|---|---|
| 72 | - | ± | + | a écarté le diagnostc de G.E.U mais n'a pas posé le diagnostic réel de grossesse intra. Donc 1/2 échec | |
| 41 | ± | ± | ++ | | |
| 63 | ± | - | ++ | | Stérilit |
| 71 | =+ | ± | ++ | | |
| 65 | ± | - | +++ | -- | Stérilit primaire |
| 66 | ± | - | +++ | | |
| 40 | ± | - | ++++ | Evite laparotomie (kyste vidé en coelio | |
| 70 | ± | ± | ++ | on aurait du faire un diagnostic biologique avant la coelio qui a écarté la G.E.U. mais n'a pas fait le diagnostic de Gr. intra | |
| 39 | ± | - | +++ | | |
| 69 | - | - | ++ | La coelio diagnostique le kyste mais passe à coté d'une grossesse en évolution. Intérêt du Dg. biologique | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 42 | – | – | ++++ | | |
| 68 | – | – | ++ | n'a pas suffit à faire le diagnostic qui est resté en suspens. A néanmoins écarté la G.E.U. | Stérilité |
| 64 | ± | – | ++++ | a fait le diagnostic d'hématocèle sans pouvoir éclairer sa cause. | |

## COELIOSCOPIES D'ASPECT NORMAL

| n° | Degré de facilité du Dg. clinique | Dg. Clinique confirmé parla coelioscopie | Degré d'utilité diagnostique de la coelioscopie | Interêt thérapeutique de la coelioscopie | Antécédents gynécologiques |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | – | – | ++ | | Salpingite. FCP |
| 2 | – | – | ++ | | |
| 3 | ± | – | ++ | | |
| 4 | – | – | +++ | Evite une intervention chirurgicale | FCP. |
| 5 | – | – | ++ | | |
| 6 | – | – | ++ | | |
| 7 | – | – | ++++ | | |
| 8 | – – | – | ++++ | | |
| 9 | – – | – | ++++ | | FCP |

# A N N E X I T E S

| N° | Degré de facilité du Dg. Clinique | Dg. Clinique confirmé par la coelioscopie | Degré d'utilité diagnostique de la coelioscopie | Intérêt thérapeutique de la coelioscopie | Antécédents gynécologiques. |
|---|---|---|---|---|---|
| 47 | ± | + | + | | |
| 48 | ± | + | + | | |
| 49 | – | – | ++++ | Diagnostic impossible autrement on a évité une intervention | Salpingite FCP. |
| 50 | – | – | ++ | | péritonite appendiculaire |
| 51 | – | ± | ++ | | Salpingite |
| 52 | ? | – | ++ | | Tuberculose |
| 53 | – | + | ++ | | |
| 63 | + – | – | ++ | | |
| 66 | ± | – | +++ | | |

# - D Y S T R O P H I E S -

| N° | Degré de facilité du Dg. clinique | Degré du Dg. clinique confirmé par la coelio | Degré d'utilité diagnostique de la coelioscopie | Intérêt thérapeutique de la coeliosconie | Antécédents gynécol |
|---|---|---|---|---|---|
| 43 | - | - | ++++ | | K.O. |
| 44 | - | - | ++++ | | |
| 46 | - | - | ++++ | | |
| 72 | - | ± | + | Diagnostic mixte = K.O. + dystrophie | |

d) Interêt social

Il résulte de l'association de plusieurs facteurs, dont certains ont été envisagés sous un angle strictement médical et statistique, tels le raccourcissement de la durée d'hospitalisation et l'économie de laparotomies inutiles, mais comportant également un aspect non chiffrable, mais très appréciable pour la malade et sa famille :

C'est ainsi que le raccourcissement de la durée d'observation représente pour la femme et son entourage l'abréviation bénéfique d'une période d'incertitude, d'anxiété sur la nature exacte de ses troubles, et partant l'ampleur qu'en aura le traitement, les conséquences que cela implique pour son avenir (grossesse débutante? ou au contraire grossesse extra-utérine, avec toute la déception que cela suppose, etc..). Nous pensons notamment au cas, relativement courant dans nos observations, d'une femme traitée pour stérilité, qui, grace à une coelioscopie précoce sait rapidement qu'elle présente une grossesse intra-utérine, plutôt que d'attendre de longs jours avec la hantise de la grossesse extra-utérine.

De même, éviter une laparotomie, outre les avantages strictement médicaux (limitation de fatigue, de souffrance, d'immobilisation au lit) est toujours pour une femme un soulagement phychologique devant un acte chirurgical considéré par elle comme une sorte d'agression très retoudée, et en particulier sur le plan esthétique.

Le raccourcissement de la durée totale d'hospitalisation a une importance familiale non négligeable, quand on connait les problèmes souvent très ardus que pose à une mére de famille la necessité de s'éloigner pour quelques jours de son domicile en laissant les charges ménagéres.

Dans ce même ordre d'idées, le fait qu'une laparotomie a pu être évitée dans les cas favorables, représente une possibilité de reprise beaucoup plus rapide des activités, donc également une simplification, non seulement sur le plan médical personnel, mais sur le plan social familial.

Enfin, sur un plan social médical assez vaste, notons que la réduction du temps d'hospitalisation au minimum indispensable permet une utilisation plus rationnelle et plus intense des places hospitalières disponibles.

| | | Grossesses extra-utérines | Grossesses intra-utérines isolées | Kyste ovaire | Annexites | Aspect normal | dystrophies ovariennes |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | TOTAL = | 26 | 13 | 13 | 7 | 9 | 4 |
| Diagnostic clinique | Facile | 6 | 5 | | | | |
| | Très facile | 8 | 1 | | | | |
| | entre les deux | 4 | 5 | 9 | 2 | 1 | 1 |
| | difficile | 8 | 2 | 4 | 4 | 8 | 3 |
| Diagnostic clinique par la coelio | confirmé.... | 15 | 7 | | 2 | | |
| | infirmé..... | 6 | 3 | 9 | 3 | 9 | 4 |
| | entre les 2. | 5 | 3 | 4 | 2 | | |
| Coelioscopie (utilité) | ++++ | 6 | 3 | 6 | 1 | 4 | 3 |
| | ++ | 4 | 3 | 6 | 4 | 5 | 1 |
| | + | 9 | 7 | 1 | 1 | | |
| | - | 7 | | | | | |

TABLEAU RECAPITULATIF DE L'INTERET

DIAGNOSTIQUE DES COELIOSCOPIES.

| INTERET DIAGNOSTIQUE DES COELIOSCOPIES | GROSSESSES EXTRA-UTERINES | GROSSESSES INTRA-UTERINES | KYSTE DE L'OVAIRE | DYSTROPHIES | ANNEXITES | ASPECT NORMAL | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COELIOSCOPIES INDISPENSABLES | 6 | 2 | 6 | 3 | 1 | 4 | 22 |
| COELIOSCOPIES INUTILES | 7 | | | | | | 7 |
| COELIOSCOPIES UTILES | 13 | 11 | 7 | 1 | 6 | 5 | 43 |
| TOTAL | 26 | 13 | 13 | 4 | 7 | 9 | 72 |

## Limites et inconvénients

### Limites :

Nous avons déjà noté en reprenant l'étude des grossesses intra-utérines de notre série que dans 4 cas, la coelioscopie avait présenté une insuffisance diagnostique : impossibilité de mettre à jour une très discrète augmentation de volume de l'utérus qui échappait à la vision du coelioscope, alors qu'elle était parfois perceptible à un toucher attentif.

De même, dans 3 cas de kystes de l'ovaire, la coelioscopie a été impuissante à éviter une laparotomie exploratrice complémentaire, les données visuelles de la coelioscopie ayant été trop imprécises. Dans l'un des cas, il s'agissait d'un kyste sur lequel il a fallu intervenir.

### Inconvénients :

Dans la série des 72 coelioscopies étudiées, il n'en a été relevé aucun : pas de saignement ni de suppuration, aucun accident anesthésique, pas de perforation intestinale. La sortie a toujours été possible dès le lendemain en cas de coelioscopie isolée.

Toutefois il convient de tempérer ces cobstatations d'inocuité en apparence absolue parquelques réserves :

a) toutes les coelioscopies ont été effectuées dans un service de chirurgie gynécologique, dans les meilleures conditions techniques, par des opérateurs entrainés à son maniement et surtout à ses interprétations souvent délicates.

b) même dans les conditions précitées, la série envisagée dans notre étude est relativement modeste, et ne permet donc pas une évaluation assez vaste des risques possibles. En effet, si on la compare à une séfie beaucoup plus importante de coelioscopies éffectuées pendant

la même période à l'hôpital broca, mais recouvrant cette fois des recherches diagnostiques hétéroclites (tumeurs pelviennes, douleurs pelviennes, endométrioses, stérilités, etc..), on relève 2 incidents hémorragiques post-coelioscopiques ayant obligé à réintervenir dans les 24 heures à des fins d'hémostase. On ne peut donc ramener à 0 les risques de la coelioscopie. De même, il convient de ne pas négliger la possibilité d'incidents anesthésiques qui peuvent toujours survenir au cours ou au décours de l'anesthésie générale nécessitée par la coelioscopie.

Par conséquent, la prudence reste de règle : devant une suspicion de grossesse extra-utérine, la coelioscopie est un outil précieux, surtout quand le syndrome clinique est atypique, dissocié, et nécessiterait pour être tiré au clair une mise en observation assez longue. Elle ne doit pour autant par être une solution de facilité, un geste routinier dispensant d'une enquête clinique approfondie, et ce pour les 2 raisons précédemment énoncées :

a) les risques encourus par le malade, s'ils sont minimes, ne sont pas inexistants, et on ne doit donc pas les lui faire courir alors qu'on pourrait se passer de coelioscopie.

b) celle-ci comporte des limites sur le plan diagnostique : cas où la visibilité est réduite, cas où on pose un diagnostic fragmentaire (par exemple, le diagnostic d'hématocèle, sans pouvoir préjuger de sa cause), cas où le caractère gravide de l'utérus n'apparait pas. Dans toutes ces conjonctures où la coelioscopie laisse hésitant, la décision (laparotomie? expectative?) revient en dernier ressort à la clinique. Si l'examen clinique a été soigneux, attentif, repété, certaines nuances peuvent alors aider à prendre une décision, orientée par les données même incomplètes, de la coelioscopie, ou parfois résoudre sans elle le probléme.

Donc, en aucun cas, le clinicien ne doit se décharger sur un examen coelioscopique, si précieux soit-il, du souci de pousser le plus loin possible le diagnostic clinique dont l'apport demeure irremplaçable.

- o O o -

# - C O N C L U S I O N S -

L'étude de 72 coelioscopies pratiquées à la Clinique Gynécologique de l'Hopital Broca pour suspicion de grossesse extra-utérine permet les conclusions suivantes:

I) Le degré de nécessité diagnostique de la coelioscopie et les résultats obtenus grâce à elle sont les suivants:

- 22 cas où la coelioscopie était insispensable au diagnostic:

  6 grossesses extra-utérines
  2 grossesses intra-utérines
  6 kystes de l'ovaire
  3 dystrophies ovariennes
  1 annexite
  4 coelioscopies d'aspect normal

- 7 cas où la coelioscopie n'était pas nécessaire au diagnostic:

  7 Grossesses extra-utérines

- 43 cas où la coelioscopie a utilement hâté et facilité le diagnostic:

  13 grossesses extra-utérines
  11 grossesses intra-utérines

  7 kystes de l'ovaire
  1 dystrophie ovarienne
  6 annexites
  5 Coelioscopies d'aspect normal.

II) On peut donc distinguer 3 éventualités différentes:

Deux extrêmes et également peu fréquentes, et la dernière groupant la majorité des observations:

a) les cas où, étant donné l'évidence des signes cliniques, la coelioscopie aurait pu ne pas être pratiquée et ne l'a été qu'à titre de confirmation pré-opératoire en salle d'opération.

b) Ceux, à l'opposé, où seule la coelioscopie a permis de faire le diagnostic d'une lésion, en tranchant entre les diagnostics différentiels envisagés cliniquement sur des signes plus ou moins contradictoires, dissociés, ou discrets.

c) La majorité des cas où le diagnostic, quel qu'il soit, était possible par la clinique et les examens usuels seuls, mais a été accéléré par la coelioscopie.

III) Pour ce qui concerne en particulier la grossesse extra-utérine

Sur les 72 coelioscopies pratiquées en soupçonnant la grossesse extra-utérine, on en a confirmé 25, dont:

-5 où la coelioscopie était indispensable au diagnostic.

-7 où la coelioscopie était inutile au diagnostic

-13 où la coelioscopie a été utile au diagnostic.

IV) Parmi les 19 grossesses extra-utérines dont le diagnostic a été au moins accéléré par la coelioscopie:

-16 ont pu être ainsi opérées avant la rupture et sans anémie, ou avec une anémie très discrète aux environs de 3.700.000 globules rouges.

-5 interventions concervatrices ont pu être pratiquées chez des femmes traitées pour stérilité.

V) On peut estimer que la coelioscopie a évité 42 interventions exploratrices pour des affections dénuées d'indication chirurgicale.

VI) Néanmoins cet examen présente des limites indiscutables : 3 coelioscopies ont été aveugles, ou n'apportant que des renseignements limités ne permettant pas de résoudre le problème diagnostique.

VII) Aucun incident ni accident n'a été relevé au décours de ces 72 coelioscopies; mais il faut réserver la part d'un heureux hasard puisque, dans la même période, sur une série d'environ 1200 coelioscopies pratiquées pour des motifs divers (stérilité, douleurs pelviennes, tumeurs pelviennes etc..), on a dû dans 2 cas intervenir dans les 24 heures pour arrêter un saignement.

VIII) Ces 2 notions de coelioscopies parfois aveugle ou limitée, et de risque minime mais jamais nul, invitent à ne restreindre en rien la part de l'examen clinique dans le diagnostic de la grossesse extra-utérine.

Vu, le Président de Thèse

Professeur J. HUGUIER

Vu, le Doyen de la Faculté

Professeur G. BROUET

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE